

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

364

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis Georges GRAPIN

Né à Bourges (Cher), le 31 octobre 1881.

Accidents Péritonéaux Aigus

au Cours des Infections Gonococciques de la Trompe

Président : M. le Professeur SEGOND

PARIS

JOUBE & C^{ie}, Imprimeurs-Éditeurs

45, Rue Racine, 45

364

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910.

N°

— **THÈSE** —
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis Georges GRAPIN

Né à Bourges (Cher), le 31 octobre 1881

Accidents Péritonéaux Aigus

au Cours des Infections Gonococciques de la Trompe



Président : M. le Professeur SEGOND

PARIS

JOUBE & C^{ie}, Imprimeurs-Éditeurs

15, Rue Racine, 15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale	{	WIDAL
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	{	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
Clinique chirurgicale	{	PIERRE DELBET
		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	{	BAR
		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN
Agrégés en exercice		
MM.		
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DECELIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT
BRINDÉAU	GOSSET	LÉPER
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBÉCOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Respectueux hommages.

A NOTRE EXCELLENT MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN PICQUÉ
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
CHIRURGIEN EN CHEF DES ASILES DE LA SEINE
OFFICIER DE DE LA LÉGION D'HONNEUR

que nous tenons à remercier hautement de l'accueil amical et de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les nombreuses années passées auprès de lui. Qu'il soit persuadé que c'est pour nous un honneur d'avoir été l'élève de ce Maître qui a su nous inspirer l'amour et le respect de notre profession et qui par son exemple de tous les instants nous a appris la noble manière de la comprendre et de l'exercer.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE
MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIZET
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BRETONNEAU
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR HIPPOLYTE MARTIN-ROUX
MÉDECIN DE L'HOPITAL BICHAT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur CETTINGER, médecin de l'hôpital Broussais,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Docteur SIREDEY, médecin de l'hôpital St-Antoine.

Monsieur le Docteur CHAMPETIER de RIBES, accoucheur
honoraire des hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur AVIRAGNET, médecin des « Enfants Ma-
lades », Chevalier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Docteur BAUDET, chirurgien des Hôpitaux.

A mon Maître et Ami Monsieur le Docteur GRÉGOIRE, assis-
tant des travaux anatomiques de la Faculté de Paris.

A mon excellent Ami Monsieur le Docteur LINÉ, ancien interne
des Hôpitaux.

qui a bien voulu pendant les quelques années passées auprès de
lui nous donner tous les témoignages d'une sincère amitié, qu'il
reçoive ici avec nos remerciements l'assurance de notre plus pro-
fond attachement et qu'il soit assuré de toute notre reconnais-
sance.

INTRODUCTION

Durant les quelques années passées auprès de notre maître, M. le docteur Picqué, nous avons eu l'occasion de recueillir quelques observations de péritonites généralisées causées par une infection gonococcique des trompes et caractérisées cliniquement par des symptômes simulant, à s'y méprendre, ceux de la grossesse extra-utérine rompue ou de l'appendicite pelvienne et anatomiquement par une inflammation particulière des trompes. La séreuse seule participe à l'inflammation sans qu'on puisse observer au niveau de la muqueuse et de la musculieuse des lésions autres qu'une congestion intense mais sans jamais y voir d'oblitérations du conduit tubaire, à tels points que les communications entre la muqueuse utérine et la séreuse péritonéale ne soient obstruées. Le pavillon tubaire est largement ouvert et déverse sans cesse dans le ventre des gouttelettes de pus. Aussi les différences anatomiques entre ces formes et celles que nous

avons l'habitude d'observer au cours des salpingites expliquent-elles comment les phénomènes rapportés sont beaucoup plus péritonéaux que salpingiens. Le péritoine étant pour ainsi dire surpris en pleine santé par cette brusque irruption purulente n'a pas le temps de préparer sa défense, et l'accumulation du pus libre dans son intérieur détermine rapidement des péritonites généralisées, comparables à celles qui se développent à la suite d'une rupture intestinale ou de l'ouverture d'une poche septique.

Ces quelques observations de cette forme de gonococcie tubaire, que nous avons pu recueillir, nous ont paru assez rares et intéressantes à distinguer des grossesses extra-utérines qu'elles simulent et aussi en raison du traitement à leur appliquer pour que nous en ayons fait le sujet de ce travail.

HISTORIQUE

Wegner (1) le premier, considérant qu'il existe chez la femme deux sortes de péritonites infectieuses, l'une succédant à la perforation de l'intestin, l'autre à la diffusion rapide de micro-organismes pyogènes, n'ose pas prononcer le nom de « péritonite blennorrhagique ».

Athanasias, Solovjeff, Orth, ont repris les travaux du précédent auteur.

Gordon admet la possibilité d'une péritonite blennorrhagique qu'il décrit sous le nom de « péritonite vénérienne » et qu'il observe en dehors de toute spécificité.

Grawitz, et après lui *Pawlowsky* (2) cherchent, par une série d'inoculations faites aux animaux avec des microbes pyogènes, à démontrer le pouvoir pyogène du gonocoque.

(1) Wegner. Arch. für Klinischer 1877.

(2) Pawlowsky. Cenirablatt für chirurgie 1887.

Bumm, privat-docent à Würtsbourg, dans une communication fort intéressante publiée dans les *Annales de Gynécologie* de janvier 1890, prétend que le diplocoque de Neisser ne peut exercer son action que sur les membranes muqueuses et qu'il est inoffensif pour les séreuses et pour le tissu cellulaire — l'exsudat étant résorbé tout simplement comme un corps aseptique et ne s'accompagnant que de phénomènes peu intenses et localisés. Pour cet auteur, le gonocoque n'a rien à voir dans les processus septiques: il produit bien des suppurations des muqueuses, mais il périt dans le tissu conjonctif. Quand il y a des phénomènes septiques il s'agit d'infections mixtes. Il est juste de dire que *Bumm* n'a pas réussi avec la même facilité que *Wertheim* à cultiver le gonocoque dans le pus des salpingites. Cet auteur, en effet, dans une communication au 4^e Congrès de la Société allemande de Gynécologie, explique par quelle série de travaux et d'inoculations il est arrivé à prouver expérimentalement l'influence de la blennorrhagie sur les infections du péritoine pelvien chez la femme. Il recherche si le gonocoque est capable d'enflammer le péritoine dans les mêmes conditions que les microbes pyogènes. Sa technique consiste à faire une laparotomie en règle, avec toutes les précautions d'asepsie requise, pour insérer dans le péritoine un morceau d'agar-sérum portant des cultures virulentes fraîches; il suture ensuite la plaie. Il obtient ainsi une multiplication des micro-

bes inoculés et la production d'une péritonite avec exsudat purulent; péritonite extrêmement circonscrite d'ailleurs et s'accompagnant de quelques troubles généraux.

Charrier, dans sa thèse de 1892, recherche dans quelles conditions le gonocoque peut provoquer une péritonite. Il constate que la susceptibilité des animaux varie. La souris blanche est ce qui convient le mieux, puis le cobaye, le lapin, le rat et enfin le chien, souvent réfractaire. « J'ai opéré, dit-il, en introduisant dans le péritoine une culture pure accompagnée d'un morceau gros comme une lentille de milieu de culture. Déjà, au bout de 24 heures, il y a manifestement une péritonite séro-purulente, ayant son maximum autour du petit fragment de milieu de culture et l'examen histologique montre des gonocoques en abondance, infiltrant le péritoine et ses cellules. Mais, à partir de ce moment, les gonocoques deviennent difficiles à colorer: il est vrai que par l'ensemencement du pus on les met encore en évidence. On peut infecter le péritoine à l'aide d'une culture vieille de 10 jours ne contenant plus que des gonocoques difficiles à colorer. » Donc, la péritonite à gonocoque est possible chez certains animaux. Ce fait est important car il prouve que, contrairement à la théorie de Bumm, le gonocoque peut vivre sur un épithélium pavimenteux et de là se propager dans les espaces conjonctifs de la même manière que les microbes pyogènes. Ces

résultats obtenus expérimentalement sur les animaux peuvent être appliqués à l'homme, car il ne faut pas oublier que c'est lui qui est le plus sensible au gonocoque.

Cepi, d'ailleurs, constate, en 1887, chez une femme laparotomisée un exsudat péritonéal abondant contenant des gonocoques à l'état de pureté.

En même temps, *Sinclair* confirme les affirmations de Ricord et arrive à cette conclusion que la péritonite est presque fatale lorsqu'il y a une endométrite plus ou moins durable.

Noggerath admet deux formes : une péritonite aiguë à gonocoque et péritonite chronique, l'une caractérisée par la formation d'une collection purulente énorme, l'autre restant localisée au niveau des trompes.

Kaltenbach, *Martin* et *Kræmer* signalent la fréquence des accidents graves qui surviennent chez les femmes atteintes de blennorrhagie et devenant enceintes, mais ils attribuent à la puerpéralité la gravité des accidents, tandis que *Menge* (1) admet la possibilité d'une infection blennorrhagique pure du péritoine et des annexes. Dans un travail très documenté, paru en 1891, cet auteur envisage la question de la « péritonite gonococcique ». Il relate un certain nombre d'observations et les fait suivre de la descrip-

(1) Menge. Zeitz. f. Geb. z. Gyn. 1891.

tion des résultats fournis par l'examen anatomo-pathologique et bactériologique. Il expose ensuite le diagnostic différentiel avec l'hydro et l'hémato-salpinx et se prononce résolument pour l'extirpation chirurgicale des trompes.

Cushing, récemment, a trouvé le gonocoque dans deux cas de péritonite généralisée.

Marcel Sée, dans sa thèse de Paris (1896), admet que le gonocoque peut arriver au péritoine soit à travers les parois tubaires, soit avec le pus s'écoulant par le pavillon.

Chez la femme, la critique des observations de péritonite gonococcique diffuses faite par Reymond, Marcel Sée, Doléris, aboutit à cette conclusion que, si le rôle du gonocoque dans la péritonite circonscrite d'origine blennorrhagique est bien démontrée, il est problématique dans l'étiologie de la péritonite généralisée diffuse. La raison de cette conclusion doit venir de ce fait que le gonocoque est difficile à cultiver et que les auteurs se refusent d'admettre l'existence d'une maladie qu'ils ne peuvent prouver par des faits bactériologiques.

D'ailleurs, nous apportons ici des faits qui semblent démontrer d'une façon péremptoire que non seulement les accidents péritonéaux consécutifs à l'inoculation par la trompe de germes gonococciques existent, mais encore qu'en dehors de formes où le processus inflammatoire a pu rester localisé à la trompe et

produire des pyo-salpynx il peut se répandre et inonder le péritoine et créer des péritonites diffuses. C'est le péritoine qui est en cause, et la trompe n'a été que le canal intermédiaire qui a conduit les germes depuis les voies extra-génitales jusqu'au péritoine.

ANATOMO - PATHOLOGIE

Lésions macroscopiques

Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir de cette forme de péritonite aiguë gonococcique, les lésions importantes siégeaient au niveau de la séreuse péritonéale; les trompes, au contraire, étaient peu altérées et ne se montraient pour ainsi dire que comme l'agent intermédiaire entre le péritoine et l'utérus, au même titre que dans toutes les affections ascendantes l'organe intermédiaire de transmission est peu altéré.

Etudions chacune des différentes lésions, la trompe et le péritoine.

Le péritoine. — A l'ouverture du ventre on constate que les anses intestinales sont absolument libres. Il n'existe en aucun point de l'intestin, à la surface de ces anses, de plaques fibrineuses organisées tendant à agglutiner les anses entre elles. Chaque anse peut être soulevée et attirée au dehors sans que la masse intestinale sous-jacente soit entraînée ou se décolle. Il n'y

a pas cette sorte de ciment qui agglomère les anses intestinales entre elles et qu'on observe au cours des péritonites soit post-opératoires, soit d'origine puerpérale. Ici il n'existe pas non plus ces cloisonnements intestinaux qui divisent la cavité péritonéale en une multitude de loges constituant de petites cavités purulentes. L'intestin est partout libre et l'on observe pas non plus cette sorte de diaphragme constitué par la masse intestinale agglutinée et qui sépare l'étage sus-mésocolique de la cavité pelvienne. Nous insistons beaucoup sur ce fait que le péritoine n'a pas eu le temps de réagir contre l'infection. Il ne s'agit pas ici, comme on l'observe au cours des péritonites, d'un exsudat de réaction de défense qui s'est transformé secondairement en épanchement purulent, mais bien d'une véritable aspersion de pus à l'intérieur du ventre. Ce pus est déversé continuellement par la trompe et il arrive tout formé sur la séreuse saine, sans que celle-ci ait eu le temps d'assurer sa protection.

D'où il résulte qu'il n'y a pas de réaction d'exsudat, pas de fausses membranes, mais simplement une irritation inflammatoire se caractérisant par une congestion active de toute la surface intestinale et se manifestant à l'œil sous forme d'un picté rouge livide et saillant. Ce sont les petits vaisseaux gorgés de sang qui se dessinent en une multitude de flexuosités à la surface des anses.

Il y a peu de pus; du moins au début de l'infection

(nous sommes intervenus presque toujours dans les premières heures, c'est-à-dire que la trompe a eu peu de temps pour déverser ses gouttes de pus dans la cavité abdominale). En effet, si la quantité de pus est peu abondante dans les premières heures, il n'en est pas moins vrai que si on intervient plus tard, la péritonite généralisée qu'on observe présente du pus en quantité abondante, mais les réactions de la séreuse ne diffèrent pas de celles que nous avons déjà décrites. Au cours de notre observation Soudain, nous avons pu nous rendre compte que les anses flottaient librement dans le pus sans fausses membranes, sans cloisonnement et qu'il s'agissait bien, à proprement parler, d'une péritonite généralisée et non d'une péritonite à foyers multiples. Péritonite d'ailleurs en tous points comparable à celle de l'appendicite gangréneuse d'emblée, mais avec cette différence, et nous insistons encore, c'est que le pus arrive tout formé dans le péritoine et que dans tous les examens on retrouve dans ce pus le même agent microbien, le gonocoque, origine aussi de l'exsudat vaginal.

Le pus est épais, légèrement verdâtre. On le retrouve en général accumulé dans les culs-de-sacs antérieurs et postérieurs, c'est-à-dire dans les parties déclives. Il est absolument libre et jamais enkysté. A l'examen après aspiration, on constate que c'est du pus gonococcique sans jamais d'autres associations.

En outre, s'il s'accumule dans les parties déclives,

il se répand aussi sur les anses au niveau desquelles on voit de véritables taches verdâtres tranchant très nettement sur le fond rouge violacé de la surface intestinale. L'intestin, peut-on dire, est tigré de pus.

La trompe. — Si l'on soulève l'utérus, il est très fréquent d'observer au moment de cette manœuvre un petit jet de pus qui se répand, quelquefois même à distance, comme s'il s'échappait d'un organe contractile ou d'une poche à l'intérieur de laquelle il se trouverait sous pression. Si l'on examine de plus près et que l'on soulève les annexes, on peut voir, au niveau du pavillon des trompes, un enduit qui rend les différentes franges très distinctes, comme si on les observait sous l'eau. Entre les différents plis tubaires il existe une sérosité verdâtre toujours facilement visible et qui reparaît aussitôt qu'elle vient d'être époncée. La lumière du conduit est remplie par un pus verdâtre qui s'écoule lentement en bavant et se répand dans l'abdomen. Si l'on vient alors à palper ces trompes, on constate qu'elles ont conservé leur souplesse; quelquefois elles sont légèrement augmentées de volume. Mais ce qui est constant, c'est qu'en les exprimant on voit toujours sourdre du pus, soit lorsqu'elles sont peu volumineuses en bavant, soit au contraire lorsqu'elles sont légèrement dilatées, sous forme de véritable jet qui va ensemençer la séreuse péritonéale.

Bien plus, nous avons pu observer quelquefois le phénomène suivant : la trompe peu à peu se remplit et

lorsque l'accumulation du contenu septique à son intérieur a dépassé la limite de la distension possible, il se fait alors une brusque irruption sous forme d'un jet purulent qui se répand sur les anses intestinales et qui donne l'aspect tigré que nous avons déjà décrit au niveau des anses.

La trompe déverse par regorgement.

Ce qui distingue les formes que nous décrivons, des salpingites communes, c'est qu'ici il n'y a pas d'adhérences; rien, pas le moindre tractus fibreux ne vient appliquer la trompe contre la face postérieure de l'utérus. Ici non plus il n'y a pas de déformation dans la configuration externe de la trompe. Jamais nous n'avons observé cette disposition en cor-de-chasse ou en cornemuse, ou en chapelet, dispositions pour ainsi dire constantes au cours des salpingites. Au contraire, elles sont ici largement déplissées, turgescents, presque en érection à l'intérieur du ventre, et ces faits s'expliquent par la perméabilité du calibre et des deux orifices tubaires. On a l'impression en observant ces trompes d'être en face de phénomènes congestifs et uniquement congestifs puisque, dans certains cas, si nous n'avions observé les lésions péritonéales qui nous mettaient en éveil, nous aurions été tentés de refermer purement et simplement le ventre, croyant être en face d'une erreur de diagnostic. Ce n'est qu'instruits par les cas précédents que nous avons fait de parti-pris l'expression de ces trompes et que nous

avons fait sourdre toujours une quantité plus ou moins importante de liquide purulent.

Ces trompes enlevées, si l'on vient à en faire la coupe, on constate que toute la lumière qui répond au calibre tubaire est remplie de pus. Les plis muqueux sont conservés dans toute leur intégrité et examinés sous l'eau, ils flottent librement sans qu'en aucun point l'on puisse constater la moindre ulcération, la moindre exfoliation. La muqueuse est intacte sur toute sa surface. Au niveau de l'orifice utérin, pas d'altération et si l'on vient à faire une coupe de la cavité utérine immédiatement au-dessous de l'orifice, on peut se rendre compte qu'il y a communication complète et facile entre la trompe et l'utérus — pressant sur la trompe, on fait sourdre du pus par l'ostium uterinum. — Du côté du pavillon tubaire, même intégrité de toute la muqueuse. Les franges sont admirablement dessinées, légèrement gonflées qu'elles sont par la congestion; mais ici, pas plus que sur les plis tubaires, on observe ni ulcérations ni plaques de sphacèle et, à part une rougeur diffuse, le pavillon tubaire est peu modifié. Rappelons encore que l'orifice externe est largement ouvert puisqu'au travers de lui le pus s'écoule librement.

Lésions microscopiques. — Au début, si l'affection ne s'est pas prolongée plus de vingt-quatre heures, on ne peut voir que les commencements de l'inflammation péritonéale, l'épanchement n'est pas encore for-

mé. Ces modifications inflammatoires portent surtout sur la circulation. Les vaisseaux sont dilatés, les leucocytes qui ont traversé la paroi vasculaire sont répandus dans les interstices du tissu conjonctif périsvasculaire. On constate sur la séreuse une hyperhémie plus ou moins intense disséminée sous forme de rougeurs, par plaques, d'arborisations, de bandes, lesquelles prédominent dans les points juxtaposés aux circonvolutions intestinales. Cette injection vasculaire est plus marquée sur le feuillet viscéral et l'épiploon que sur le feuillet pariétal.

Plus tard, à l'exsudation interstitielle et à l'hyperhémie, succède une exsudation fibrineuse. La séreuse est visqueuse, les anses de l'intestin sont comme agglutinées entre elles. Dans l'observation Soudrain, la péritonite ayant eu une durée plus longue, nous avons trouvé des exsudats minces, de coloration grisâtre et nageant dans un épanchement franchement purulent.

PATHOGÉNIE et ÉTIOLOGIE

Ces accidents, que nous décrivons sous le nom de « péritonite aiguë d'origine gonococcique », s'observent chez des femmes jeunes, entre 18 et 28 ans, et sans passé pelvien. Le plus-souvent c'est le premier accident que l'on observe chez elles. Ces malades ont été réglées normalement et n'ont jamais souffert du ventre; elles n'accusent pas de leucorrhée dans les mois qui ont précédé l'apparition des accidents et il n'y a pas de signe de métrite antérieure. Il n'y a pas non plus d'irritation leucorrhéique au niveau des plis inguinaux et cruraux, aucune prolifération vulvaire ou périvulvaire, sauf dans les derniers jours qui ont précédé les accidents. Alors à ce moment les malades constatent des pertes jaunes-verdâtres qui empèsent et tachent leur linge. Très rarement on observe de la brûlure à la miction.

Parmi les influences qui peuvent favoriser la propagation, il faut compter en première ligne la mens-

truation. Des mouvements violents pendant cette époque peuvent occasionner un reflux du courant sanguin et amener ainsi les germes dans l'abdomen. Il faut tenir compte en seconde ligne d'influences mécaniques telles que le coït, l'emploi de l'hystéromètre ou les pansement intra-utérins. La puerpéralité ne vient qu'en troisième ligne. Les causes prédisposantes sont donc d'ordre physiologique ou d'ordre physique : elles agissent sur la trompe qui déversera lentement ou rapidement le pus qu'elle contient.

L'agent pathogène est le gonocoque. Il pénètre à l'intérieur des trompes grâce à la perméabilité persistante des deux orifices. Il est donc nécessaire, et nous insistons sur ce fait, que l'orifice interne de la trompe soit perméable pour permettre au gonocoque de passer librement de la cavité utérine dans le corps de la trompe, et cette particularité ne se rencontre qu'au moment de la menstruation. Il est nécessaire aussi que l'intégrité pathologique antérieure de ces organes soit absolue.

Les microbes sont amenés à l'orifice externe du col par les rapports sexuels et dès qu'ils ont pénétré ils se maintiennent et persistent, déterminant un écoulement purulent qui ne tarde pas à contaminer le vagin, lorsque celui-ci n'a pas été infecté primitivement, ce qui est le cas le plus fréquent. De la cavité du col les micro-organismes pénètrent dans le corps de l'utérus qui, lui, est vierge de micro-organismes contraire-

ment au vagin qui à l'état normal en contient une abondance considérable. Arrivés dans le corps de l'utérus où ils sont conduits par les cils vibratils du col, les gonocoques peuvent se loger dans la cavité du corps et y déterminer une métrite aiguë. Ils peuvent aussi ne pas séjourner dans cette cavité et passer directement par l'ostium utérinum qui est resté perméable et se fixer sur la paroi des trompes.

C'est donc une péritonite mécanique par voie ascendante: Le gonocoque franchit l'orifice interne du col et grâce à la perméabilité de l'orifice utérin franchit la trompe dont il parcourt l'isthme et le pavillon et vient s'écouler goutte à goutte au niveau des culs-de-sac anté et rétro-utérins.

Lorsqu'on examine à l'état frais une goutte de pus recueilli dans une pipette stérilisée à la sortie du pavillon de la trompe, on peut voir, au milieu des cellules rondes, des amas de petits grains réfringents, sombres ou clairs, suivant la mise au point du microscope, et se distinguant nettement des granulations protoplasmiques. Chacun de ces grains représente un microbe double: un diplocoque. Ce diplocoque a la forme d'un ovoïde tranchant sur le fond par sa coloration plus forte et formé de deux portions séparées par une ligne claire. Chaque portion a la forme d'un grain de café ou de haricot opposant à l'autre sa face légèrement concave. Les dimensions du couple varient de 1 à 6 μ . les plus volumineux siégeant dans les cellules,

les autres étant libres en amas arrondis. La caractéristique du gonocoque est, en effet, d'avoir une situation intra-cellulaire; les amas de gonocoques étant constitués par une grande quantité de microbes groupés autour du noyau d'une cellule qui trop bourrée a fini par éclater.

Toutes les couleurs basiques d'aniline colorent le gonocoque directement, rapidement et à froid, mais pas avec une égale intensité. Les violets de méthyle ou de gentiane sont les plus énergiques et sous leur action les deux cocci prennent une coloration plus foncée que celle des noyaux environnants. On peut employer aussi la fuschine en solution phéniquée (liquide de Ziehl), le bleu de méthylène sous ses formes multiples qui semble être le réactif de choix. Sous son action, en effet, les gonocoques, d'un bleu beaucoup plus foncé que celui des noyaux, se détachent sur les parties cellulaires à peine teintées; ils conservent leur transparence, ne gonflent pas et paraissent un peu petits grâce à la netteté de leur contour, ce qui permet d'apprécier plus aisément leur forme.

Le gonocoque se décolore facilement sous l'influence des alcools et des acides. C'est la méthode de Gram qui est la plus employée et G. Roux, en 1886, a insisté sur son utilité au point de vue du diagnostic. Traité par cette méthode, le gonocoque est rapidement et complètement décoloré. « Donc un microbe qui prend le Gram, quels que soient d'ailleurs ses caractères de forme, de

culture, ses réactions pathogéniques, n'est pas le gonocoque. »

La recherche du gonocoque est facile dans le pus : elle se fait sur des lamelles colorées soit au violet de gentiane, soit au bleu phéniqué de Kühne qui a l'avantage de donner des colorations moins intenses.

Les milieux dans lesquels la culture du gonocoque peut se faire sont : l'agar additionné de sérum de sang humain ou de sérosité ascitique ; l'agar additionné d'urine stérile (Finger) donne des résultats inconstants. Les colonies se développent généralement en 24 heures ; elles forment des taches transparentes presque incolores, ayant l'aspect d'une légère buée, ou vernissées, ou d'un gris légèrement bleuté. Le centre de ces colonies est plus épais que la périphérie. On ne doit pas oublier que ces cultures n'ont qu'une très faible vitalité et meurent en général au bout de 5 à 6 jours.

Ces réactions du gonocoque, nous avons eu l'occasion de les retrouver au cours des différents examens que nous avons fait en prélevant le pus dans la cavité abdominale, tant extempéranément que pendant les heures de laboratoire, et toujours nous avons retrouvé le gonocoque pur sans association microbienne.

SYMPTOMES

Les accidents péritonéaux que nous voulons maintenant décrire apparaissent à une époque très variable à partir du moment de l'écoulement; il est difficile de préciser exactement la date d'apparition. En recherchant dans les antécédents de la malade et au cours des observations que nous avons pu recueillir, nous voyons varier entre le huitième et le quarantième jour l'apparition de ces accidents. Quoiqu'il en soit de leur moment d'apparition, ces accidents se montrent toujours avec le même tableau clinique. C'est ce tableau que nous voulons maintenant esquisser, quitte à revenir plus loin sur les caractères des principaux signes qui le composent.

Les malades se présentent toujours dans les mêmes conditions, et leur histoire est la suivante :

Elles racontent que peu de temps après l'époque présumée de leurs règles et le plus souvent au milieu de la nuit, elles ont senti une violente douleur dans le

ventre, douleur extrêmement vive qu'elles comparent à une sensation de déchirure ou bien encore à la sensation d'un liquide chaud qui s'écoulerait dans le ventre. Dans les heures qui suivent apparaissent des vomissements, d'abord alimentaires puis bilieux, puis porracés. Ces vomissements exagèrent la douleur et se reproduisent à intervalles assez rapprochés, puis les malades accusent une augmentation de volume du ventre et en même temps une certaine gêne respiratoire. Souvent les phénomènes s'accompagnent d'un frisson plus ou moins important. La température s'élève jusqu'à 39°,5. Le pouls bat couramment 120, 130. Les douleurs extrêmement violentes au niveau des reins s'accroissent de plus en plus, le facies se grippe, les yeux s'excellent, le nez se pince, la langue est sèche et rotie. Ces phénomènes alarmants marchent avec une constipation opiniâtre, douloureuse et conduisent le plus souvent la malade à l'hôpital.

A l'examen on constate que le ventre est régulièrement ballonné, mais sans qu'il soit possible de découvrir des ondulations péristaltiques. Le facies et l'examen du pouls attirent l'attention vers les symptômes abdominaux.

La palpation du ventre montre qu'il est sensible sur toute sa surface. Les moindres pressions au niveau de la région hypogastrique des fosses iliaques, autour de l'ombilic et même jusqu'à l'épigastre, réveillent la douleur. En même temps on constate qu'il y a une défense

musculaire très marquée dans toute la région qu'on explore. La sensibilité superficielle est exagérée (hyperesthésie cutanée). De même la douleur à la décompression est toujours facilement retrouvée. Cette douleur diffuse a néanmoins des points d'exacerbation au niveau des fosses iliaques à la partie inférieure.

A la percussion, il n'existe nulle part de zone de matité. La sonorité intestinale et gastrique est conservée. On ne constate pas non plus de disparition de la matité hépatique. De même si l'on incline les malades à droite ou à gauche, on n'observe pas de matité alternant avec des zones de sonorité, mais cet examen provoque de vives douleurs et les moindres mouvements que la malade fait sont douloureux. De même si l'on examine attentivement la respiration de ces malades, on constate qu'elle est toute thoracique (type costal supérieur). Si l'on engage ces malades à tousser, cela provoque une réaction abdominale très douloureuse.

Au toucher, on constate en général une vive douleur pendant la traversée vaginale indiquant la vaginite concomittante. Le col est peu modifié, l'utérus est mobile, pas augmenté de volume, mais sa mobilisation possible est extrêmement douloureuse. Au niveau des annexes et dans les culs-de-sacs postéro-latéraux, des deux côtés, on constate une douleur extrêmement vive qui rend l'examen très difficile à pratiquer. Mais sous anesthésie, on peut se rendre compte qu'il n'existe aucune espèce de tuméfaction annexielle ni d'un côté ni

de l'autre. Quelquefois, mais rarement, le cul-de-sac postérieur bombe (ce sont les cas où le liquide est abondant : observation Soudrain). Le toucher rectal qu'on peut pratiquer pour compléter l'examen ne permet pas de trouver d'autres modifications, mais dans tous les cas permet d'apprécier une douleur très vive qui est due à la présence de pus dans le cul-de-sac de Douglas. Cette collection explique aussi les douleurs intolérables que les malades ressentent lorsqu'on vient à leur donner un lavement.

Revenons sur les caractères particuliers de quelques-uns de ces signes principaux.

Symptômes fonctionnels. — La douleur est toujours le symptôme initial. C'est le cri d'alarme du péritoïne. Elle survient le plus souvent au milieu de la nuit, à la suite du coït, comme dans l'hématocèle. Ces douleurs sont souvent mises par les malades, sur le compte des règles attendues, mais elles en diffèrent par leurs caractères, à savoir qu'elles ne restent pas localisées au petit bassin et que si au début, elles siègent dans la région annexielle, elles s'irradient très vite dans différentes directions. En outre, les malades ne ressentent pas, à proprement parler, de véritables coliques d'expulsion, mais ce sont bien plutôt des sensations de brûlure, de véritables élancements, de sensations, de battements qui s'irradient très vite vers la région périnéale et s'accompagnent de douleurs vésicales (ténésme vésical qui peut entraîner parfois

de la rétention d'urine) et d'épreintes (ténesme rectal). Des irradiations se font ensuite vers la face interne des cuisses et ce n'est seulement alors qu'elles prennent une évolution abdominale et que la pression devient douloureuse dans les fosses iliaques, autour de l'ombilic et à la région épigastrique. Cette diffusion des douleurs avec ces irradiations pelviennes, cette brusquerie du début, ressemblent beaucoup aux douleurs qu'on voit survenir chez les malades atteintes de grossesse tubaire rompue. Ces douleurs sont exagérées par le moindre mouvement, par le moindre effort. La simple tension abdominale, les efforts de défécation sont suffisants pour l'exaspérer. Les plus petits contacts, les pressions insignifiantes deviennent l'objet d'une nouvelle crise douloureuse. Ces malades semblent immobiliser d'elles-mêmes tous les muscles de la paroi abdominale comme on peut s'en rendre compte par les modifications qui se produisent dans la respiration (uniquement thoracique) et aussi par ce fait qu'elles évitent tous les moindres efforts (toux, éternuements).

Les vomissements se produisent au début et coïncident presque avec l'apparition des douleurs. Ils sont d'abord alimentaires, très abondants et ils augmentent encore les douleurs. Les vomissements ont une durée très variable, tantôt extrêmement abondants et se reproduisant à intervalles très rapprochés sans laisser, pour ainsi dire, de répit aux malades, tantôt, au

contraire de très courte durée et ne se produisant que deux ou trois fois pour disparaître ensuite complètement. Ils ne tardent pas à prendre le caractère des vomissements bilieux et deviennent ensuite verdâtres. Ils se font difficilement, péniblement. Leur abondance et leur durée sont des éléments de pronostic importants. Plus les vomissements ont été abondants, plus ils se sont rapprochés et plus leur durée s'est prolongée, plus le pronostic doit être réservé. Ces vomissements peuvent apparaître, rester ensuite pendant une courte période sans se manifester, puis vers le 3^e ou 4^e jour, prendre le caractère des vomissements porracés : Il n'en faut pas davantage pour affirmer que le processus péritonitique est en train de se diffuser. Enfin on peut encore tirer un élément de pronostic important : des vomissements très abondants au début s'arrêtent brusquement sans jamais reparaitre mais coïncident avec une exagération des douleurs. C'est assez pour affirmer que la péritonite se généralise. Dans tous les cas que nous avons relevés, ces vomissements se sont produits en grande abondance et bien souvent les caractères de ce signe ont imposé l'intervention.

La constipation que nous avons signalé dans le tableau clinique est ici ce qu'elle est dans toutes les péritonites. Elle traduit la parésie intestinale due à l'épanchement péritonéal (loi de Strauss). Dans un cas, nous avons pu observer cette diarrhée profuse et fétide qu'on retrouve si souvent au cours de certaines péritonites hypertoniques.

lièrement, météorisé. On n'observe pas de dilatations localisées coïncidant avec des zones où le ventre est pour ainsi dire rétracté. Les mouvements d'expansion abdominale sont très limités; on n'observe pas non plus ni œdème de la paroi ni circulation collatérale, pas non plus de voussures pouvant indiquer la présence d'une collection enkystée.

La sensibilité est exquise sur toute la surface du ventre, la douleur provoquée par la moindre pression. Au début, les malades affirment que la douleur a été plus vive au niveau de la région hypogastrique, mais dans les jours suivants, la diffusion de la douleur est telle que les points où elle s'irradie sont aussi douloureux que les points où elle a débuté, de sorte qu'à cette période, il est très difficile d'apprécier le point maximum. Si nous insistons sur ce détail, c'est au point de vue de la localisation initiale du processus inflammatoire, puisque tous les auteurs sont d'accord sur ce fait qu'il est facile de retrouver, au cours des péritonites l'organe qui en a été la cause, si on a pu assister au point de départ de la douleur et retrouver le point du paroxysme douloureux. Ici, il faudra le plus souvent, nous en rapporter aux dires de la malade, en raison de la diffusion rapide de l'élément douleur.

Si l'on vient, chez ces malades, à palper le ventre qui est déjà météorisé et tendu, on constate au moindre attouchement que les muscles de la sangle abdominale se contractent immédiatement sous le doigt et

rendent impossible l'exploration des organes sous-jacents. Il y a une contracture qui n'est pas limitée ici comme dans certains cas de péritonite enkystée: on la retrouve sur toute l'étendue du ventre aussi bien à droite qu'à gauche, aussi bien dans la région hypogastrique que dans les fosses iliaques et même l'épigastre. Cette contracture n'apparaît qu'au moment où la douleur va être provoquée. Dans l'intervalle des douleurs le ventre reprend un peu de sa souplesse mais jamais il n'entre en résolution parfaite comme en témoigne la respiration et les attitudes que prennent les malades spontanément.

Symptômes généraux. — La température s'élève dès le début et atteint 39°, 39° 5 et même 40°. Elle est annoncée en général par un frisson violent presque constant. Cette température présente à peine de remissions matutinales. Elle se maintient dans les environs de 39°. Si l'on examine la courbe de ces malades, on constate qu'elle est tendue et qu'elle ne cède qu'au traitement chirurgical.

Le pouls atteint d'emblée 120 à 140 et présente les caractères du pouls péritonéal. Il est petit, filiforme et rapide. Sa tension est très affaiblie; en outre de certaines intermittences qu'on peut constater, il est souvent irrégulier.

Le facies est grippé, les yeux sont légèrement excavés, le nez est effilé et pincé, les narines sont animées de battements, les traits s'accroissent, les lèvres sont

sèches, desquamées, la langue est rôtie, blanche au centre et couverte d'un enduit saburral important; les dents sont fuligineuses. Le teint est jaune et plombé. Ces malades sont en général dans un état d'anxiété profonde, et certaines d'entre elles présentent un état d'agitation particulier qui peut même aller jusqu'au délire et en tout comparables à ces cas de psychoses infectieuses comme on en observe au cours des péritonites puerpérales (Picqué). Dans d'autres cas au contraire, sans qu'il soit possible d'en donner l'explication par les lésions anatomo-pathologiques, les malades sont dans un état de stupeur profonde, ce qui, dans certain cas peut rendre le diagnostic délicat avec la fièvre typhoïde. Ces états d'agitation, d'anxiété, peuvent prêter à erreur et faire confondre cette forme de péritonite avec l'hématocèle rétro-utérine. Ajoutons encore, que le teint d'infection de ces malades peut entraîner à la confusion et faire prendre ce qui est le fait de l'infection pour la décoloration des téguments qui relève d'une hémorragie abondante.

Le frisson qui marque avec la douleur le début de l'infection péritonéale est constant. Nous l'avons retrouvé et nous le signalons dans toutes les observations que nous rapportons au cours de ce travail. C'est un frisson intense qui apparaît toujours comme le phénomène initial sans avoir été précédé de sensation de froid dans les heures précédentes. Il débute brusquement et a une durée quelquefois très grande. Si l'on

assiste, on peut voir que les malades ont un tremblement intense qui peut aller jusqu'à agiter le lit sur lequel elles reposent et ce frisson est parfois prolongé et d'une violence telle qu'il ressemble en tout au frisson qui annonce les accès paludéens.

Voici donc un ensemble symptomatique dont les caractères précis permettront de classer les formes que nous avons décrites sous le nom d' « accidents péritonéaux consécutifs à l'infection gonococcique » parmi les formes étiologiques des péritonites aiguës; complexe symptomatologique suffisamment distinct et précis, suffisamment différencié pour imposer à ces formes une place autonome et prépondérante dans la nosographie médicale.

Évolution — Marche — Durée — Terminaison

Dans tous les cas où nous avons été amenés à l'intervention l'opération a été décidée en présence des phénomènes rapidement alarmants et si, toujours, l'opération a été pratiquée dans les premières heures, c'est que l'envahissement progressif et rapide de l'organisme par ce processus infectieux semblait devoir amener rapidement la mort de ces malades si on les abandonnait à elles-mêmes. Dans les cas où les lésions nous paraissaient très peu accentuées et en disproportion avec l'intensité des symptômes fonctionnels, nous avons été hésitants et nous nous demandions si nous n'étions pas intervenus trop tôt et si ces malades que nous avons guéri par l'intervention n'auraient pas, en raison de leurs lésions qui nous paraissaient peu importantes, guéri spontanément.

Toutes les fois que, à l'ouverture du ventre, nous n'avons constaté qu'une rougeur diffuse des anses et, pour ainsi dire, qu'un état légèrement humide du pa-

villon de la trompe, nous nous sommes encore demandés si nous n'étions pas allé trop loin en pratiquant l'intervention. A cette question, nous semblons aujourd'hui, être capables de répondre de manière catégorique.

Notre intervention se trouve nettement justifiée, par ce fait que toujours, alors même que les lésions semblaient insignifiantes et en désaccord avec la clinique, toutes ces fois, nous avons pu, en appuyant, en déplaçant les trompes, faire gicler du pavillon tubaire une quantité plus ou moins considérable de pus, à l'intérieur du ventre. Et alors, au début, peu instruits de ces faits, notre intervention semblait avoir été en disproportion avec l'état local, aujourd'hui, nous affirmons que c'est grâce à l'intervention que nos malades ont guéri et nous en voulons pour preuve l'évolution rapidement mortelle que nous avons vu signaler dans son observation par M. Thiroloixe et dans notre observation n° 2 (catarrhe vulvo-vaginal). De plus, nous rapprochons de ces deux observations celle de Mlle Soudrain qui s'était présentée à l'hôpital avec une péritonite généralisée telle qu'il nous semblait difficile de la rapprocher des faits que nous étudions aujourd'hui et qu'une erreur de diagnostic nous fit opérer comme une appendicite. Au cours de l'intervention, l'appendice fut reconnu absolument sain et ce n'est que de propos délibéré et nous apercevant de l'erreur qui nous avait fait dévier vers l'appendice que

nous nous sommes portés à la recherche de la trompe que nous avons trouvé gorgée de pus et que nous avons simplement drainé.

Bien plus, ces formes ne semblent pas pouvoir guérir spontanément bien que prétende Charrier (1) puisque, dans les cas que nous avons eu l'occasion d'observer les anses flottaient librement dans le pus, sans qu'il y ait la moindre adhérence. Attendre que l'évolution spontanée se fasse vers la guérison c'est s'exposer à observer les accidents constatés au cours de l'intervention de Mlle Soudrain et risquer tous les dangers auxquels est exposée une malade atteinte de péritonite généralisée. Ne pas faire une intervention radicale, c'est vouloir faire renaître les accidents secondaires que nous décrivons au cours de la 2^e observation Soudrain (récidive de péritonite) ou bien faire une opération incomplète, c'est laisser dans le ventre une trompe qui va déverser constamment dans le péritoine, son contenu microbien.

Aussi, devant l'évolution des différents cas dont nous avons vu les lésions, pouvons-nous mettre en doute que ces malades auraient guéri spontanément.

Etant donnée la difficulté du diagnostic et les nombreuses causes d'erreur qu'il peut entraîner, nous avons le droit de soupçonner l'authenticité des observations de péritonites, semblables aux formes que nous

(1) Charrier thèse de Paris 1892.

décrivons maintenant, et qui auraient guéri spontanément; nous préférons croire que dans ces différents cas rapportés, il s'agissait simplement de poussées de salpingites blennorrhagiques qui se sont amendées et ont guéri par un traitement médical mais qu'il ne s'agissait pas du tout des formes que nous décrivons aujourd'hui.

Diagnostic

En présence des symptômes que nous avons signalé et devant l'importance considérable des phénomènes généraux, fièvre élevée, frisson, pouls rapide avec les caractères du pouls péritonéal, nous sommes toujours intervenus pensant que nous avions affaire à des péritonites aiguës sans que nous ayons pu préjuger ni de la nature ni de l'origine de ces péritonites. Aussi, ce n'est qu'après avoir observé un certain nombre de ces malades, et avoir rassemblé tous les signes que nous avons retrouvé antérieurement, que nous avons pu identifier ces différents cas et porter un diagnostic définitif à savoir qu'il s'agissait de péritonites en voie de diffusion ayant pour point de départ l'infection gonococcique comme en témoignait l'examen local du vagin et l'ensemencement des liquides cervico-vaginaux. Certes ce diagnostic est très délicat, car nous retrouvons ici la symptomatologie classique de toutes les péritonites et le diagnostic sera particulièrement difficile avec les *poussées aiguës de salpingite*, quelque soit leur nature.

Nous savons qu'au cours des infections annexielles les malades sont prises brusquement de douleurs violentes de vomissements, de fièvre précédée quelquefois d'un frisson, de constipation, autant de signes déjà énumérés à l'occasion de la symptomatologie des formes que nous venons de décrire. Ce qui nous permettra de différencier ces dernières, c'est que, et c'est là un fait sur lequel nous avons insisté, les malades qui en sont atteintes sont toujours indemne de passé pelvien. Au contraire, les malades atteintes de salpingites (pyo-salpynx) souffrent quand elles viennent consulter depuis déjà très longtemps. On retrouve toujours qu'à un moment donné de leur existence, elles ont souffert du ventre et qu'elles ont eu des poussées plus ou moins fréquentes de réactions péritonéales. En outre, si l'on vient à examiner ces malades, on constate que la douleur n'est pas diffuse, qu'elle siège de chaque côté de l'utérus, remontant quelquefois dans les fosses iliaques quand la tumeur est de volume considérable mais n'atteint jamais ni les hypochondres ni la région épigastrique. Dans tous les cas, même de tumeurs volumineuses, il existe un point maximum de la douleur répondant au foyer purulent et ce point douloureux est à droite ou à gauche de la région hypogastrique. En outre, l'examen pratiqué par le toucher permettra toujours de reconnaître que l'utérus est immobilisé, que les mouvements qu'on peut lui transmettre sont très limités, qu'il est pour ainsi dire, figé

au milieu du petit bassin. Dans les culs-de-sac latéraux, outre la douleur qu'on révèle, il est possible de sentir des masses plus ou moins volumineuses, peu mobiles et répondant aux foyers de suppuration, englobant dans leur épaisseur la trompe et l'ovaire. Dans les formes que nous venons de décrire, rien de tout cela : l'utérus est absolument mobile, il n'est modifié ni dans sa consistance, ni dans son volume. Tous les mouvements imprimés au corps se transmettent d'une façon intégrale au col. On peut le déplacer dans tous les sens, entraîner avec lui les annexes.

Du côté des culs-de-sac, ceux-ci ne sont pas empâtés; ils sont douloureux c'est vrai, mais l'élément douleur disparu grâce à l'examen sous anesthésie, on constate une souplesse parfaite. En outre, si l'on vient à palper (toucher combiné) de chaque côté de l'utérus, on ne sent aucune masse annexielle, les trompes ne sont pas modifiées dans leur forme, elles ne sont pas augmentées de volume et sont absolument mobiles. On peut leur imprimer des mouvements sans que ceux-ci se trouvent transmis au corps utérin et ici encore, nous le répétons, il importe pour pouvoir prendre connaissance d'une façon parfaite et rigoureuse de faire ce même examen annexiel sous anesthésie car la douleur vraiment exquise provoquée par le moindre atouchement serait suffisante pour induire en erreur et faire croire à des sensations inexactes : on prendrait pour des masses annexielles ce qui n'est que le

résultat de la contracture abdominale (contracture de vigilance).

En outre, l'évolution permettra encore de distinguer ces formes des suppurations annexielles dans ce sens qu'il est de règle que la salpingite proprement dite s'amende bientôt sous l'influence d'un traitement médical tandis que dans les cas qui nous occupent, comme nous le verrons au cours des observations n° 1 et n° 2, on a rapidement une allure mortelle.

Si le diagnostic de salpingite est relativement facile avec ces formes de péritonites que nous décrivons, il n'en va plus de même pour les complications dont les poches salpingiennes peuvent devenir l'objet et particulièrement pour les accidents qui accompagnent la *torsion des salpingo-ovarites*, car alors l'histoire clinique est absolument calquée sur celle que nous avons tracé. C'est là qu'il importe de faire toujours un examen sous anesthésie car c'est lui seul qui nous permettra de retrouver, en l'absence de l'élément douleur, une poche pédiculée et tordue qui aura pu rester enfouie dans le cul-de-sac postéro-latéral ou qui aura pu aussi émigrer vers l'abdomen.

Nous avons signalé au début de notre exposé que les malades atteintes de gonococcie tubo-péritonéale ne présentaient dans leur antécédents aucuns phénomènes inhérents à la sphère génitale. Toutefois dans toutes les observations que nous avons recueilli, nous avons reconnu que toutes les malades avaient eu au

moment où elles se présentaient à l'hôpital, un retard de règles, de très courte durée d'ailleurs, puisque les accidents avaient éclaté à l'époque présumée des règles; troubles que les malades attribuaient à la menstruation. Ce retard constant de règles coïncidant avec cette sensation de déchirement abdominal ressenti brusquement en pleine santé apparente, survenant le plus souvent au milieu de la nuit, s'accompagnant de vomissements, de rapidité et de petitesse du pouls, de facies grippé, de teint rapidement terreux, sont autant de symptômes qui pouvaient en imposer pour une *hématocèle*. Le diagnostic avec cette affection fut si souvent hésitant que dès les premières interventions, nous avons de parti pris fait la laparotomie croyant avoir affaire à une hématocèle (rupture de grossesse tubaire). Bien plus dans la bibliographie que nous avons consulté, nous avons pu lire un article de Boldt (1) au cours duquel il fait un parallèle entre les formes aiguës de gonococcie tubo-péritonéale et l'hématocèle retro-utérine et où cet auteur montre, que le plus souvent on est intervenu croyant être en présence d'hématocèle rompue et qu'il ne s'agissait que de péritonites aiguës gonococciques. Aussi devons-nous rechercher avec grand soin quels sont les signes qui nous permettront de différencier ces deux affections. Nous avons dit que le début de la péritonite généralisée res-

(1) Boldt. Am. J. Gynecol-an-obst. New-York 1902.

semblait en tout à un début de septicémie péritonéale; aussi avons-nous insisté sur le frisson du début, sur l'élévation brusque de la température, sur les caractères du pouls et sur les renseignements précieux que nous fournit le toucher. Ces symptômes, nous les observerons avec une grande attention car ils n'ont jamais manqué dans nos différentes observations. Dans l'hématocèle, le pouls est sans doute rapide, dépressible et filiforme mais il présente en outre les caractères du pouls hémorragique qui le différencie du pouls péritonéal. Il est petit et disparaît pour ainsi dire, sous le doigt qui l'écrase. De plus, tandis que le pouls péritonéal est susceptible de se relever sous l'action du sérum et de reprendre ses qualités antérieures, le pouls observé au cours de l'hématocèle, soumis à une injection de sérum remonte peu sa tension et surtout si celle-ci s'est élevée immédiatement après au bout d'une heure ou deux elle retombe et elle retombe plus bas encore que le degré d'où elle était partie. Au cours de l'hématocèle, il n'est pas fréquent d'observer une élévation de température et si, dans certains cas les malades se présentent avec une ascension thermométrique qui peut atteindre 38° cette limite n'est pour ainsi dire jamais dépassée. Il est bien plus fréquent d'observer une baisse au-dessous de la normale due à l'hémorragie abondante. La douleur est ici aussi diffuse que dans les formes de péritonites que nous venons de décrire mais le toucher

pourra nous donner des renseignements importants. Nous savons bien que si l'on examine les malades immédiatement après le moment où s'est produit l'hémorragie on observe peu de modifications dans le cul-de-sac postérieur, même sous anesthésie; le sang est liquide et on ne constate pas l'empâtement qu'il est classique de comparer à la sensation d'une coulée de plâtre frais à travers laquelle s'enfoncerait le doigt. De plus, le sang liquide pouvant se déplacer, on n'observe pas non plus le bombement du cul-de-sac postérieur que l'on comprend parmi les signes que fournit le toucher. Mais il est un renseignement qui manquera rarement, c'est la déviation de l'utérus. Le liquide s'est accumulé dans le cul-de-sac postérieur et a refoulé en avant l'utérus; aussi le col est-il appliqué derrière la symphyse et il est là presque immobilisé par l'accumulation du liquide dans le cul-de-sac de Douglas. En outre, l'examen de cet utérus lui-même montrera qu'il a pris un développement coïncidant avec la tuméfaction tubaire, il est volumineux et mou. L'examen du col pourra lui aussi, donner des renseignements intéressants: il est ramolli, légèrement entr'ouvert et vient souvent donner passage à l'expulsion d'une caduque dont la constatation entraînera encore un diagnostic hésitant.

Les modifications qui se font du côté des seins, la pigmentation, l'augmentation de volume, l'hypertrophie des tubercules, l'écoulement par le mamelon

d'une quantité plus ou moins importante de colostrum ou de lait sont encore autant de signes qu'il faudra rechercher de propos délibéré et dont la constatation lèvera tous les doutes. Signalons encore la tendance syncopale qui fait rarement défaut dans l'hématocèle rompue et qui ne se retrouve pas dans les cas dont nous nous occupons en ce moment.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que ces distinctions ne s'appliquent qu'aux hématocèles de date récente et qu'en somme bien souvent les hémorragies répétées deviennent le siège d'infection et qu'alors cette distinction des signes sur les caractères desquels nous avons insisté s'effacent pour même disparaître complètement et l'on peut voir apparaître la fièvre, des frissons, du ballonnement du ventre qui témoignent de l'infection de la collection sanguine. C'est pourquoi le diagnostic entre ces formes d'hématocèle rompue et les péritonites aiguës d'origine gonococciques est toujours très difficile. La fièvre, les caractères du pouls, les renseignements par le toucher en seront les éléments importants mais non infaillibles et il faut bien savoir que souvent le diagnostic devra être suspendu et qu'on n'aura plus la possibilité de différencier cliniquement ces deux affections. Lorsque le doute persistera, ce n'est plus en présence des signes alarmants auxquels on assiste, le diagnostic différentiel qui est important mais bien le diagnostic de l'intervention qui s'imposera. Dans un cas comme dans l'au-

tre, il faudra toujours, dans le doute, intervenir par la laparotomie médiane.

Souvent on a l'occasion d'observer des malades encore jeunes se présentant avec des signes abdominaux caractérisés par du ballonnement, de la tension, de la douleur à la moindre pression, avec un pouls petit à 120, un facies pâle, des yeux excavés. Les accidents s'accompagnent de vomissements; en somme, on assiste à un complexe symptomatique rappelant la péritonite. On apprend que c'est en pleine santé que les malades ont été prises de douleurs violentes dans le ventre et d'un état de malaises tels qu'il s'en est quelquefois suivi une syncope. En présence de cet état, notre attention est immédiatement attirée vers la possibilité d'une péritonite du genre de celles que nous avons décrites. L'examen seul, fourni par le toucher et le palper vont pouvoir lever tous les doutes. En effet si le doigt vaginal ne montre pas toujours les modifications du côté de l'utérus ou des annexes, la main abdominale, exerçant des pressions répétées dans les diverses portions de l'abdomen où elle réveille une douleur (douleur diffuse) permettra d'apprécier toujours une tumeur arrondie mobile, tendue et fluctuante dont les mouvements d'ascension et de descente seront perçus par le doigt vaginal. Il s'agit d'un *kyste de l'ovaire à pédicule tordu*. La constatation de la tumeur, perçue par la palpation lèvera tous les doutes et le diagnostic d'avec les formes de péritonites géné-

ralisée que nous avons décrites sera confirmé. Il n'en va pas de même pour toutes les complications des kystes de l'ovaire et si la torsion est un accident qu'on reconnaîtra facilement, la *rupture du kyste* et particulièrement du *kyste suppuré* déterminant par son ouverture abdominale une péritonite généralisée aiguë est une complication dont le diagnostic sera très difficile et parfois même, impossible. Ici en effet, le toucher fournira peu de renseignements. La poche qui contenait le kyste flottera avec les anses intestinales au milieu du liquide et sera difficilement perçue. C'est alors à la palpation et à la percussion qu'il faudra s'adresser. Nous avons dit que dans les formes pour lesquelles nous sommes intervenus d'emblée, la quantité de liquide abdominal, (sauf dans l'observation Soudrain) était peu abondante. Dès lors les phénomènes fournis par la percussion n'étaient représentés que par la sonorité intestinale tandis que dans les cas de rupture kystique, l'abondance du liquide est telle que celui-ci peut se déplacer comme une ascite libre. En faisant pencher les malades tantôt à droite, tantôt à gauche on peut percevoir ou de la sonorité ou de la matité, le liquide s'accumulant dans les portions déclives. Ce signe constaté de façon précise est suffisant pour entraîner la conviction qu'il s'agit bien d'un kyste suppuré et rompu. C'est d'ailleurs le seul signe essentiel que nous ayons, car les tableaux cliniques de l'une et l'autre affection sont superposables.

L'infection puerpérale intéresse presque toujours le péritoine et détermine des lésions soit par migration du streptocoque, soit directement à travers les parois de l'utérus malade, soit par canalisation muqueuse de l'infection utérine au péritoine, par la cavité tubaire, soit par ces deux mécanismes à la fois. C'est dire que le streptocoque, pour infecter le péritoine emploie, dans certains cas, la même voie que celle que le gonocoque prend pour déterminer des péritonites aiguës qui font l'objet de notre travail. Aussi au point de vue clinique aurons-nous à observer au cours de la péritonite puerpérale les mêmes signes qui traduisent la septicémie péritonéale gonococcique et que pour les différencier cliniquement nous n'aurons d'autres moyens que de nous en rapporter aux commémoratifs. Accident survenant comme complication des accouchements ou des avortements, s'accompagnant ou non d'autres manifestations à streptocoques (phlébite, érysipèle, etc.) Voilà pour la péritonite puerpérale; accidents survenant en pleine santé apparente chez une malade indemne de tout passé pelvien, voilà pour la péritonite gonococcique aiguë.

Pendant les quelques jours qui suivent un accouchement ou un avortement, on peut voir se développer des phénomènes ressemblant en tout aux symptômes que nous avons décrit. Il s'agit alors, soit d'une péritonite puerpérale, soit d'un *phlegmon du ligament large*. L'état puerpéral antérieur sera seul suffisant pour

établir le diagnostic d'avec la péritonite. Il n'en va plus de même lorsque le phlegmon du ligament large se produit en dehors de la puerpéralité. En effet ce ne seront que des nuances dans le tableau clinique qui nous permettront de différencier cette affection de celles que nous avons en vue. L'affection débute avec le même fracas : fièvre, frisson douleur intense. Toutefois la douleur est moins superficielle et ce n'est qu'une pression un peu importante qui la réveille. La décompression n'est pas douloureuse. Le pouls est rapide il est vrai, puisqu'il peut atteindre 120 ou 130, mais ces pulsations restent nettes et bien frappées. On signale encore que même lorsque l'affection débute d'une façon franchement aiguë, on voit presque toujours se produire une légère rémission du 2^e au 3^e jour. Mais c'est là un signe sur lequel on ne doit guère compter puisque nous considérons que lorsque le diagnostic est posé il faut intervenir et cela dès la première heure.

L'examen du ventre montre qu'il est mions ballonné; ce n'est que le toucher fait sous anesthésie qui pourra lever les doutes en montrant la présence d'une tuméfaction facilement accessible accolée aux parois pelviennes, se confondant avec l'utérus sans qu'il soit possible de déterminer le moindre sillon. L'infiltration peut encore déborder l'utérus en avant ou en arrière, mais toujours, il reste une portion de l'excavation pelvienne indemne. L'utérus est presque toujours dévié

du côté sain. Au contraire, quand le phlegmon occupe la partie supérieure du ligament large, le toucher vaginal ne montrera aucune modification. Mais la main abdominale sentira immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, dans la portion inférieure des fosses iliaques un plastron toujours facilement senti, grâce à une palpation exercée, plastron qui se présentera sous la forme d'une plaque dure, résistante constituée anatomiquement par les annexes enflammées.

Il est une affection extrêmement fréquente se produisant le plus souvent chez des sujets jeunes d'avec laquelle il est difficile de distinguer la septicémie péritonéale à gonocoques, c'est l'*appendicite*. En effet dans certains cas, même prévenus, et ayant toujours à l'esprit la recherche des formes que nous décrivons nous avons pu plusieurs fois croire à des appendicites alors que l'intervention nous révéla des lésions péritonéales à gonocoques par voie ascendante. Et à cette occasion, nous nous permettrons de faire ici un résumé de la symptomatologie de notre observation Soudrain pour montrer combien les symptômes fonctionnels accusés par cette malade et même l'appréciation des signes physiques étaient semblables à ceux d'une appendicite aiguë à prédominance pelvienne. Cette malade entrée le 12 septembre 1909 salle Elisa Roy, dans le service de notre Maître, M. le Docteur Picqué à l'hôpital Lariboisière avait été prise la veille de douleurs violentes dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite

alors qu'elle était en pleine santé. Ces douleurs qu'elle compare à un coup de poignard s'irradièrent bientôt à tout le ventre. En même temps qu'un grand frisson avec élévation de température qui monte jusqu'à 40°, que son pouls battait 160, apparaissaient des vomissements abondants et fréquemment répétés. Ces vomissements durèrent toute la nuit et le lendemain matin; ils furent excessivement abondants et toute la matinée on pouvait observer cette malade en proie à une douleur très violente occasionnée par ces vomissements incessants qui, de bilieux, ne tardèrent pas à prendre une couleur verdâtre (porracée) et même on observa en dernier lieu des vomissements noirs. L'examen du ventre très ballonné était sensible sur toute sa surface. La moindre pression, le contact des couvertures devenait une cause d'exaspération de la douleur. En interrogeant la malade qui était formelle sur ce point, on apprenait que la douleur avait débuté très nettement dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite et qu'à partir de ce moment, des irradiations se précipèrent dans différentes directions. Ces irradiations s'étaient faites très rapidement vers le petit bassin, en même temps, la douleur pendant les efforts de la défécation devenait intolérable et aussitôt après la miction elle avait une douleur extrêmement vive qu'elle comparait à des crampes (épreintes et tenesme vésical). L'examen, pour compléter ce tableau clinique nous ayant révélé que l'utérus était peu augmenté de

volume, mobile avec peu de modifications de consistance au niveau du col et du corps, l'examen des culs-de-sac bien que douloureux ne faisant sentir aucune trace de tuméfaction annexielle, il n'en fallait pas davantage, chez une femme encore jeune n'ayant présenté aucun passé pelvien pour faire le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Et c'est, aussitôt son entrée dans la salle, l'examen pratiqué sous anesthésie, que la malade fut conduite dans la salle d'opération.

L'incision fut pratiquée suivant la technique de Roux, c'est-à-dire l'incision basse, curviligne et rasant la crête iliaque. Nous insistons sur ce détail, car nous verrons plus loin que c'est grâce à cette incision basse que nous avons pu guérir notre malade, en raison même de notre erreur de diagnostic. Le péritoine incisé (il ne présente aucune trace d'œdème), il s'écoule un flot de pus peu épais, mal lié; agrandissant l'incision, nous ne tardons pas à nous rendre compte que les anses rouges distendues baignent largement dans le pus. Il n'y a pas de cloisonnement ni d'adhérences entre elles. Le diagnostic semble être confirmé et nous allons de suite à la recherche de l'appendice que nous présumons devoir trouver turgescant, perforé ou sphacelé. L'appendice est rapidement trouvé et il ne présente aucune trace d'inflammation. Il est réséqué pour être examiné. En raison du peu de lésions observées au niveau de l'appendice, du retentissement périto-

néal aussi intense nous ne pouvons penser qu'il y a entre le péritoine et l'appendice une relation de cause à effet et nous continuons l'intervention en explorant les organes du petit bassin. Prévenus déjà par des cas semblables opérés précédemment, nous dirigeons notre investigation vers les annexes. A droite, prolongeant la partie inférieure de notre incision en la ramenant vers la ligne médiane nous pouvons explorer et ramener dans la partie inférieure de la plaie, la trompe droite qui est turgescente, tuméfiée, dont le pavillon tubaire étale largement ses franges et présente sur toute sa surface un enduit purulent. Cette trompe est asséchée avec des compresses. Une pression exercée sur le corps fait gicler un jet de pus qui est projeté à distance. Une pipette stérilisée est alors introduite dans l'orifice de la trompe et l'on recueille du pus. Il n'y a pas de doute, nous sommes en présence d'une péritonite généralisée d'origine gonococcique, le pus déversant lentement son contenu directement dans le péritoine. Avertis par des faits antérieurs, nous étions tentés de faire l'ablation de la trompe, mais sachant que ces lésions sont toujours bilatérales, nous aurions ainsi fait une opération incomplète. Aussi, nous sommes-nous conduits en présence de cette péritonite généralisée comme s'il s'était agi d'une péritonite de cause différente: nous avons placé cette trompe sur une compresse glissée derrière l'utérus, séparant ainsi la cavité du petit bassin de la mas-

e intestinale et extériorisant presque la cause de la péritonite. Puis, à la manière ordinaire nous avons disposé 5 drains à l'intérieur du ventre, placés suivant les indications de Poirier, c'est-à-dire :

- un 1^{er} dans le cul-de-sac de Douglas;
- un 2^e au devant des anses intestinales;
- un 3^e sur la face supérieure du mésentère;
- un 4^e dans le foyer;
- un 5^e dans la région sous-hépatique.

La plaie est laissée largement ouverte, aucun fil de réunion. Les suites opératoires furent simples. La malade fut soumise aux injections de sérum à hautes doses, complétées par des lavements de sérum, et fut assise dans son lit. Le lendemain, la température était tombée, les jours suivants, elle se maintint entre 37° et 38°. Le pouls reprit bientôt son état normal et à l'aide de pansements longtemps prolongés, la malade put quitter l'hôpital guérie le 14 octobre, c'est-à-dire un mois après l'intervention. Rappelons toutefois qu'au moment où la malade quittait l'hôpital, un petit trajet fistuleux donnant du pus existait encore. Voici donc une malade qui présentait à son entrée une histoire ressemblant à s'y méprendre, à l'appendicite. Voyons donc si certains caractères peuvent nous permettre d'établir une différence clinique entre les formes que nous avons décrites et cette affection.

Sans doute, dans les cas d'appendicite pelvienne, le diagnostic pourra être souvent hésitant et, disons-le, bien souvent cliniquement impossible. Mais il nous semble, même dans ce cas où nous avons commis une erreur que nous aurions pu peut-être l'éviter si nous avions interrogé de plus près la malade et si nous avions examiné attentivement ses organes génitaux externes. Sans doute épreintes, ténésme vésical, font partie de l'appendicite pelvienne, mais ici nous aurions pu obtenir de la malade des renseignements fort intéressants que nous n'avons recherché qu'après l'intervention, à savoir que dans les jours qui avaient précédé le début brusque de la douleur, la malade avait ressenti des brûlures vives à la miction, que déjà depuis trois mois elle avait des pertes jaunes-verdâtres très copieuses et qu'elle souffrait parfois de douleurs vaginales.

L'examen au spéculum aurait pu alors nous montrer ce que nous avons constaté par la suite, des modifications de la muqueuse qui témoignaient de la vaginite concomittante. De même l'examen de l'orifice urétral aurait pu nous avertir qu'une pression, même modérée, à sa surface aurait fait expulser une gouttelette de sérosité purulente. C'est donc par l'examen de la zone génitale qu'il faudra rechercher attentivement les signes qui permettront de différencier appendicite et péritonite gonococcique. Il ne faudra pas hésiter, lorsque le diagnostic sera douteux, de préle-

ver une certaine quantité des écoulements uréthraux ou vaginaux et faire un examen extemporané sur lamelle qui permettra le plus souvent de déceler la présence du gonocoque.

Le tableau clinique de ces affections peut encore induire en erreur, surtout s'il se produit des vomissements fécaloïdes faisant suite aux vomissements porracés et faire pencher le diagnostic vers l'*étranglement interne*. C'est le cas qui s'est produit dans l'observation rapportée par M. Thirolloix. Si le diagnostic devient presque impossible avec les formes dont nous nous occupons en ce moment, l'intervention qu'on ne devra pas différer dans un cas comme dans l'autre lèvera tous les doutes.

OBSERVATIONS

Observation I

De M. THIROLOIX (*France Médicale* 1889)

Péritonite suraiguë au cours d'une double pyosalpingite latente.

Julia Ch., 19 ans, domestique, entrée le 19 septembre 1889. Salle Cuveillier, lit n° 48, dans le service de Balzer, à Loureine.

Les antécédents héréditaires et personnels pathologiques et hygiéniques sont excellents. Père et mère bien portants. Elle a été réglée à 15 ans. Depuis les règles ont été régulières. Elle vient à l'hôpital pour la première fois. Depuis quelques temps (2 à 3 semaines) elle a un écoulement vaginal jaune verdâtre, surtout accentué depuis 5 jours. Les grandes lèvres ne sont pas gonflées. La face interne de la grande lèvre droite présente deux érosions, produites, sans aucun doute, par les liquides vaginaux irritants. L'urèthre est normal. La miction n'a jamais été douloureuse. Le vestibule, l'anneau vulvaire présentent une coloration carmin, intense. Les ganglions inguinaux ne sont pas appréciables.

L'introduction du spéculum est douloureuse. Le vagin est rouge, granuleux, recouvert d'une couche notable de pus jaune, crémeux. Le col de l'utérus n'est pas hypertrophié: il laisse écouler par son orifice externe un pus jaunâtre, épais, bien lié, mêlé aux glaires. Le toucher fait constater la mobilité parfaite et la situation normale de l'utérus. Les culs-de-sac vagino-utérins sont libres et nullement douloureux. Les organes génitaux internes semblent donc en excellent état. La malade n'éprouve aucune douleur dans le bas-ventre, ni coliques, ni sensation de pesanteur, ni tiraillements. L'examen de la peau, des muqueuses, du cuir chevelu, ne fait constater aucune affection syphilitique ancienne ou récente.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a jamais gardé le lit; toute la journée elle se promenait dans le jardin, elle était très gaie.

Du 19 septembre au 7 octobre, elle a subi le traitement habituellement suivi dans le service pour combattre la vaginite blennorrhagique; chaque jour on lave le vagin à l'eau tiède résorcinée à 5 pour cent. On n'a jamais fait de cautérisation intra-utérine. Très améliorée à cette date, la vaginite avait complètement disparu, l'écoulement utérin était fort peu abondant. Il n'existait aucune douleur dans le ventre, Julia Ch. avait demandé sa sortie.

Le 7 octobre, dans la journée, elle se promène comme d'habitude, mange et se couche sans avoir éprouvé le moindre malaise, en excellente santé. A minuit, elle est prise d'un frisson violent, subit, de douleurs extrêmement vives dans l'hypogastre et de vomissements. L'infirmière applique sur le ventre un cataplasme laudanisé.

Le lendemain, à la visite, l'état de la malade est le suivant: le visage est pâle, défait. Les douleurs abdominales sont très intenses et empêchent toute exploration profonde de l'abdomen qui est ballonné, très tendu, impossible à déprimer. Le toucher va-

ginal, quoique pénible pour la malade, peut être pratiqué avec soin. Il permet de reconnaître que les annexes ne sont pas le siège d'altérations appréciables : la pression au niveau des culs de sac est très douloureuse.

Avant l'éclosion de cet incident morbide et aigu, les selles avaient été toujours régulières, et le matin à 4 heures, il y a une selle liquide abondante. Les vomissements sont abondants, verts poracés, se produisent environ toutes les demi heures. Le pouls est fébrile, fréquent, les extrémités sont froides. La température vaginale est de $38^{\circ} 2$. Quoique grave, l'état général ne pouvait laisser prévoir une marche aussi rapide.

Dans l'après-midi, les phénomènes s'accroissent. La douleur abdominale devient atroce, intolérable, arrache des plaintes à la malade. La moindre pression ajoute encore à cette intensité.

La chemise même n'est pas supportée. En examinant avec le plus de douceur possible la région abdominale antérieure, il est possible de se rendre compte que le maximum de la douleur siège dans la région sous ombilicale à droite. Le météorisme, déjà si considérable s'est encore accru. La langue est sèche, l'haleine fétide. Sous l'influence des efforts de vomissements, la malade a uriné sous elle et a perdu des matières sans caractères pathologiques. Les vomissements bilieux incessants sont remplacés, vers le soir, par des vomissements nettement fécaloïdes, abondants, roussâtres, fétides.

Il est à remarquer que dès ce moment jusqu'à la mort il n'y a plus eu de garde-robes. La soif a toujours été vive. Les boissons avalées en grande quantité, sont vomies presque aussitôt sans grand efforts. A 6 heures, la respiration devient fréquente. Température $38^{\circ} 5$. Les vomissements fécaloïdes continuent.

A 1 heure du matin, le facies péritonitique est des plus marqué. Le nez est effilé, les pommettes saillantes, les yeux excavés, cerclés de noir. Le pouls est incomptable. Le corps est recouvert d'une sueur froide abondante. Les vomissements se succèdent

presque sans interruption, le hoquet apparaît. L'intelligence, jusqu'ici conservée s'annihile; la dyspnée devient très intense; la malade tombe dans le collapsus et meurt à 2 heures et demi du matin, *c'est-à-dire 26 heures après l'apparition des premiers phénomènes.*

Le traitement a consisté en glace intus et extra, en demi piqûres de morphine toutes les deux heures.

Autopsie. — 36 heures après la mort. — L'abdomen est extrêmement météorisé. Incisé il laisse voir les anses intestinales dilatées. Leur paroi externe est vascularisée et sur quelques points se voit une teinte rouge foncé des plus nettes, due à une dilatation énorme des vaisseaux de la paroi intestinale. Le grand épiploon présente la même conformation vasculaire très marquée. La séreuse est congestionnée dans toute son étendue. Il n'y a aucune adhérence des anses intestinales entre elles, ni de celles-ci avec des organes abdominaux, utérus et ses annexes en particulier. Sur les anses intestinales se voient de très minces fausses membranes fibrineuses, peu étendues. Elles se laissent facilement enlever et laissent voir un intestin très congestionné. Les douze derniers centimètres de l'intestin grêle présentent une coloration rouge carmin qui embrasse toute la circonférence de cette partie du tube digestif. Le mésentère renferme quelques ganglions hypertrophiés. Il n'y a pas une goutte de liquide séreux ou purulent dans la cavité péritonéale. La péritonite n'a pas dépassé le stade de prolifération cellulaire et d'exsudation interstitielle.

L'utérus est de volume normal, mobile, sans déplacements morbides. Les deux trompes sont plus volumineuses que normalement. Leur diamètre est deux fois plus grand. Leurs flexuosités sont plus nettes, plus accusées. A leur extrémités externes, près du pavillon vascularisé, mais sans déformation se voit l'ampoule dont le volume est augmenté. La paroi des trompes est lisse, grisâtre, non injectée, unie. Incisées, on trouve un léger épaississe-

ment de leur paroi, et dans leur intérieur du pus en grande quantité. Ce pus bien lié, jaunâtre, remplit presque toute la cavité.

Les ovaires n'offrent aucune altération appréciable à la vue. On n'y voit pas d'ovisacs prêts à se rompre et saillants.

Le péritoine pelvien est intact. Il n'y a pas trace de sang, de pus ou de fausses membranes au niveau des culs de sac anté et rétro-utérins. Le fond de l'utérus contient un pus identique à celui des trompes. L'estomac est très dilaté et contient un liquide jaunâtre, fécaloïde, identique à celui qui se trouve dans l'œsophage et dans le tout petit intestin. Une assez grande quantité de ce liquide est sortie de la bouche du cadavre pendant le transport de la salle à l'amphithéâtre.

La muqueuse du tube digestif est normale. Il n'y a aucune ulcération, aucun développement anormal des follicules clos. La perméabilité est parfaite dans toute l'étendue du tractus intestinal.

Tous les autres organes de la cavité abdominale et du thorax sont absolument normaux.

Opinion de l'auteur

L'observation est intéressante au triple point de vue clinique, pathogénique et thérapeutique.

La péritonite suraiguë est accompagnée de phénomènes de pseudo-étranglements, étudiés par Leduc et Poupon, fait peu connu dans l'espèce. Mais le tableau clinique était ici trop net pour faire errer le diagnostic.

L'inflammation péritonéale ne paraît pas pouvoir être rattachée à la propagation de l'inflammation des parois tubaires au péritoine enveloppant, puis au reste de la séreuse. Nous nous sommes trouvés en face d'une péritonite engendrée par une infection microbienne ascendante. Il y a eu vaginite, métrite, salpingite et enfin péritonite septique rapidement généralisée.

En présence de cas aussi foudroyants il est extrêmement dif-

ficile de poser les indications d'une intervention chirurgicale. L'état de la malade est devenu si rapidement mauvais, qu'on a de suite rejeté cette idée. Notre observation est enfin un fait trop rare pour peser d'un poids considérable dans le choix de l'intervention rapide, dans les cas de salpingite.

On n'eût certes pas songé à enlever des trompes qui ne traduisaient leur état morbide par aucune douleur ou une tuméfaction appréciable.

Ces organes, faiblement augmentés de volume, avaient conservé leur souplesse, leur flexibilité. Ils n'avaient contracté aucune adhérence avec les parties voisines, saines aussi. On comprend dans ces conditions que le diagnostic salpingite rencontrait des difficultés considérables, sinon impossibles à surmonter.

Le curettage utérin semblait être très nettement indiqué avant l'éclosion des phénomènes péritonitiques.

Observation II

Peritonite aigüe généralisée rapidement mortelle chez une enfant à la suite de catarrhe vulvo vaginal.

Citée par CHARRIER. Thèse de Paris 1892).

La malade est une fillette de 4 ans. Père et mère toujours bien portants, la malade aussi. Le matin du 12 mai 1890, elle déjeune comme d'habitude après avoir été à la selle et elle paraît bien portante. A 10 heures, deux heures après son déjeuner, elle se plaint de douleurs dans le ventre. Dans la matinée elle se promène, mais les douleurs deviennent tellement fortes qu'on est obligé de lui donner quelques gouttes de laudanum. Dans l'après-midi, aggravation; collapsus. On prescrit: applications chaudes, digitale.

Le lendemain, 13, pas d'amélioration; dans l'après-midi, la fillette s'agite et a du délire. Collapsus intense, lèvres sèches, agitation et nausées. Pouls à 120, langue chargée, abdomen dis-

tendu, tympanisme. Douleur intense près de l'ombilic et dans tout le bas ventre. Écoulement vulvaire abondant. La mère nous dit que cet écoulement existait depuis longtemps, mais que l'enfant ne se plaignait pas. Comme diagnostic, nous étions d'accord pour admettre l'existence d'une péritonite généralisée. En ce qui concerne la cause, nous ne pouvions nous empêcher d'accuser l'écoulement vaginal. L'enfant mourut, le lendemain matin. Pas d'autopsie.

On n'est d'autant plus disposé à admettre la cause indiquée que d'autres médecins ont observé des faits semblables. Le Docteur Francis Huber, de New-York (transaction of American Society, 1890) rapporte une observation de péritonite aiguë chez une jeune fille de 7 ans, consécutive à un catarrhe vulvo-vaginal. A l'autopsie on trouva : l'extrémité abdominale et la trompe enflammée et épaissie et formant le chemin par lequel l'infection a gagné la cavité abdominale.

Le Docteur Huber rapporte d'autres observations encore.

Observation III

Personnelle, due à l'obligeance de M. le Dr PICQUÉ.

P. Flora, 20 ans, plumassière. Entrée Salle Chassagnac, à l'hôpital Bichat, le 31 mars 1906.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Elle a été réglée à 14 ans. Depuis ses règles sont normales comme durée et comme abondance; jamais elle n'a eu d'enfant ou de fausse couche. Jamais non plus elle n'a souffert du ventre et elle n'accuse de pertes blanches que depuis une semaine. Elle ne souffre pas de brûlures à la miction. Brusquement, le 29 mars, c'est-à-dire deux jours avant son entrée, elle est prise d'une douleur atroce dans le bas ventre, en même temps que d'un frisson qui dure, dit-elle, plus d'un quart d'heure. La douleur localisée

d'abord au bas ventre ne tarde pas à s'irradier dans tout le ventre et même jusqu'à l'épigastre le jour suivant. La personne qui accompagne notre malade raconte alors que ce jour là les vomissements débutent vers le matin, bilieux d'abord puis verdâtres. Ils sont abondants, fréquemment répétés et arrachent des cris de douleur à la malade dont le facies commence à se plomber. Deux jours après l'apparition des premiers symptômes, la malade est transportée à l'hôpital où, reçue d'urgence, elle est immédiatement examinée. Le ventre est ballonné, douloureux sur toute son étendue avec quelques points d'exacerbation au niveau de l'ombilic et de l'épigastre. La défense musculaire est très nette, aussi bien à gauche qu'à droite. La palpation provoque quelques vomissements noirâtres. Le facies de la malade est gris, les tempes creuses, les yeux excavés cerclés de bistre, la langue est desquamée et sèche, les lèvres et les dents sont couvertes d'un enduit fuligineux, la respiration haletante, très courte, s'accompagnant de battements légers des ailes du nez.

Le pouls est à 130, petit, dépressible avec quelques faux pas; la température monte à 38° 8.

Etant donné ce tableau clinique, nous posons le diagnostic de péritonite généralisée.

Quelques gouttes de chloroforme sont immédiatement données pour permettre l'examen local que l'on continuera tout de suite par l'intervention. Par le palper vaginal on ne sent pas de tumeurs dans le ventre ni dans les annexes. Les culs de sacs sont libres et l'utérus est parfaitement mobile. On constate au spéculum un peu de vaginite et de métrite du col. La laparotomie est pratiquée immédiatement après la préparation du ventre de la malade.

Une fois la valve posée, on est frappé de l'aspect de l'utérus et des annexes. Les trompes sont droites au milieu du ventre béant, les pavillons sont largement ouverts et l'on dirait deux fleurs de marguerite piquées sur l'utérus,

Ces trompes sont très légèrement augmentées de volume, mais très rouge. En pressant sur elles de bas en haut on fait sourdre par le pavillon une petite coulée de pus qui se répand sur nos compresses de protection.

Utérus et annexes sont parfaitement libres dans la cavité pelvienne. On ne constate aucune adhérence. Les anses intestinales présentent un pîcté rouge très particulier. Dans le cul de sac antérieur il y a un peu de sérosité louché.

L'hystérectomie subtotale avec ablation des annexes est pratiquée séance tenante. On place un gros drain dans le cul de sac de Douglas, à côté de lui un Mickuliz. Suture en deux plans.

Suites opératoires. — Le lendemain température 37° 6, pouls 100; quelques réactions de chloroforme mais la malade est assez calme. Le troisième jour le Mickuliz est retiré et le pansement refait. La température et le pouls deviennent normaux et la guérison se produit. La malade sort de l'hôpital le 28 avril, parfaitement guérie.

Observation IV

Personnelle, due à l'obligeance de M. le Dr PICQUÉ.

P. Nêlie, 24 ans. Sans profession. Entrée le 23 avril 1906, Salle Chassagnac, Hôpital Bichat.

Réglée à 12 ans, elle a eu un enfant à 21 ans. Depuis, elle a des pertes blanches continuelles, tachant son linge d'une série de teintes passant du jaune au marron. Elle n'a jamais souffert du ventre et elle a toujours été d'une santé parfaite. Dans la nuit du 22 avril, elle a été prise brusquement d'une violente douleur qu'elle a comparé immédiatement à un coup de couteau. Instantanément la douleur s'est généralisée à tout l'abdomen, la partie supérieure des cuisses et même des reins. En même temps, elle a des vomissements alimentaires au début puis bientôt por-

racés. Elle vomit toute la nuit et à chaque effort ses douleurs deviennent plus intolérables dans son ventre qui se ballonne. Le frisson et la dyspnée font leur apparition et tous ces symptômes alarmants la font conduire d'urgence à l'hôpital. Elle est immédiatement montée dans la salle où nous l'examinons. Ce qui domine chez elle c'est la douleur. Elle rejette la couverture du brancard qui exaspère sa souffrance abdominale. Le moindre mouvement, la moindre palpation est impossible; d'autant plus que la défense musculaire est très grande. Avant d'endormir notre malade, nous examinons ses organes génitaux externes. Ils ne présentent rien de particulier si ce n'est un léger écoulement verdâtre. Après l'anesthésie, le toucher ne donne aucun renseignement précis, l'utérus est mobile, les culs de sacs sont libres, rien du côté de l'appendice. On porte le diagnostic de péritonite généralisée d'origine inconnue.

Température 38° 6. Pouls: 124.

Profitant de l'anesthésie on intervient immédiatement. Incision sous-ombilicale. On trouve l'utérus et les annexes libres de toute adhérence. Les trompes sont rouges, turgescents, les pavillons sont largement étalés et au centre on constate une grosse goutte de pus. En faisant une légère pression sur ces trompes ou simplement en relevant l'utérus pour placer une compresse on fait couler le pus par les deux pavillons qui ont ainsi aspergé le péritoine. Celui-ci d'ailleurs en est absolument recouvert et cela donne l'aspect de taches de bougie.

L'hystérectomie subtotala avec ablation des annexes est pratiquée. Drainage ordinaire par tube et Mickulicz. Suture en deux plans.

La guérison se produit dans le temps normal sans complications et la malade sort de l'hôpital le 22 mai 1906.

La pièce, envoyée au laboratoire pour être examinée au point de vue bactériologique, donne des résultats intéressants. Ce pus est un pus gonococcique pur sans aucune association microbienne.

Les amas de diplocoques, vus au microscope, présentent toutes les réactions caractéristiques du gonocoque.

Observation V

Personnelle, due à l'obligeance de M. le Dr PICQUÉ.

G. Alice, 21 ans, sans profession, entrée le 22 octobre 1907, salle Chassagnac, Hôpital Bichat.

Réglée à 14 ans, à 17 ans, elle accouche d'un enfant bien portant qu'elle allaite. A partir de ce moment elle est très mal réglée. A 19 ans elle fait une fausse couche de trois mois, accompagnée d'accidents infectieux qui nécessitent un curettage à l'hôpital Cochin. Trois semaines après elle sort guérie. Depuis cette époque, ses règles sont redevenues normales mais elle présente de la dysménorrhée. L'intervalle des règles est calme et la malade ne souffre pas du ventre.

Les règles du 1^{er} septembre ne sont pas venues, celles du 1^{er} octobre non plus et depuis ce moment elle a des douleurs vagues dans les régions ovariennes. Cependant ces douleurs sont tolérables et ne forcent pas notre malade à garder le lit.

Le 20 octobre, les douleurs s'accroissent et s'accompagnent de maux de tête et de malaise général.

Le 21 à 5 heures du soir, les douleurs prennent une forme brusquement suraiguë qui force notre malade à s'aliter. Ces souffrances deviennent de plus en plus intolérables et sans aucune rémission. Elles s'irradient bientôt à tout l'abdomen mais la région ovarienne reste plus douloureuse que les autres parties du ventre. Le ballonnement et les vomissements font leur apparition vers minuit. A partir de ce moment, la malade n'a plus un instant de repos, elle réclame l'hôpital à grands cris. Elle entre d'urgence à 5 heures du matin. Le faciès de la malade nous frappe immédiatement. Ses traits sont ravagés par la souffrance

de la nuit et ce masque de la douleur est très impressionnant. La langue est rouge brique, desséchée et craquelée, les lèvres sont desquamées et les dents recouvertes d'un enduit fuligineux. La dyspepsie est assez intense. Température, 38° 4; pouls à 120, mais excessivement petit. La palpation est impossible, la douleur est trop vive et la résistance musculaire très nette. Anesthésie au chloroforme. Avec quelques gouttes, la résolution est complète et l'examen peut être pratiqué. On constate alors que l'utérus est en antéversion, augmenté de volume, le col mou est un peu entr'ouvert.

Le cul-de-sac de Douglas bombe un peu dans le vagin; rien dans les culs-de-sac latéraux. Pas de tumeurs non plus dans l'abdomen.

Le diagnostic est hésitant entre la péritonite gonococcique que l'on ose pas affirmer et la rupture de grossesse tubaire. L'intervention s'impose. Elle est pratiquée sur le champ. Incision médiane. Les anses intestinales près du fond de l'utérus apparaissent, recouvertes d'une petite couche de pus libre. Après avoir mis l'écarteur, on constate qu'il n'existe aucune adhérence et que les annexes sont absolument saines. Les trompes sont un peu rouges et les pavillons entièrement dépliés. A l'expression, on fait sourdre quelques gouttes de pus de l'extrémité ouverte dans la cavité abdominale. Ce pus est recueilli dans une pipette stérilisée pour être examiné. On pratique alors l'hystérectomie subtotale suivie du drainage ordinaire.

Trente jours après, la malade sort parfaitement guérie.

Observation VI

Personnelle due à l'obligeance de M. le Dr Picqué.

L... Marthe, 23 ans, entrée le 22 juin 1907, salle Elisa Roy, Lariboisière.

Réglée à 15 ans, normalement; pas d'enfants, pas de fausses couches, pas de douleurs dans le ventre. Ni pertes blan-

ches, ni brûlure à la miction. Elle accuse un retard d'un mois et croit avoir vu, le 21 juin, c'est-à-dire la veille de son arrivée à l'hôpital, ses règles revenir. Elle dit avoir expulsé en même temps une sorte de grande peau. En même temps, elle est prise d'une douleur atroce dans le ventre, douleur immédiatement irradiée à tout l'abdomen avec prédominance à l'épigastre et à l'ombilic. En même temps, les vomissements bilieux, puis porraceux, apparaissent et à la moindre secousse la malade tombe en syncope. A son arrivée à l'hôpital, on est frappé de l'état de pâleur intense dans laquelle elle se trouve. Température, 38°, pouls 140, mou et dépressible. A la palpation, on constate une sensibilité diffuse de tout le ventre et le toucher vaginal révèle un utérus gros avec un col entr'ouvert qui laisse passer une quantité notable de sang. On pose le diagnostic de grossesse extra utérine et l'on intervient immédiatement. Après avoir incisé, on arrive sur un utérus gravide de 2 mois et demi au moins. Les annexes sont de volume normal des deux côtés. Les trompes sont rouges vif, turgescents, mais nulle part adhérentes. Les pavillons sont étalés et il sort de leur orifice un pus verdâtre qu'on retrouve sur les anses intestinales et dans les culs-de-sac latéraux. En pressant un peu sur la trompe, le pus sort comme s'il était sous pression.

On fait l'ablation des deux annexes et en raison de la grossesse on laisse l'utérus. On pratique ensuite un bon drainage avec deux Mickuliez et un drain. Suture en un plan.

Les suites opératoires sont normales, la malade sort guérie sans incidents au bout de 27 jours.

Observation VII

Personnelle due à l'obligeance de M. le Dr Picqué.

Soudrain Marguerite, 23 ans, entrée le 12 septembre 1909, salle Elisa Roy, Lariboisière.

Rien d'intéressant dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

ditaires. Elle a été réglée à 12 ans, toujours normalement depuis. A 21 ans, elle a mis au monde un enfant bien constitué. Au mois de juin 1909, elle remarque qu'elle a des pertes blanches. Elle ne s'en préoccupe pas, mais ces pertes deviennent jaunâtres, brunes, vertes, et sont alors tellement copieuses qu'elles forcent la malade à se garnir continuellement. Elle ne souffre pas du ventre, mais se plaint de brûlures à la miction.

Subitement, le 11 septembre, elle est prise de douleurs atroces dans le côté droit du ventre. Elle compare ces douleurs à la sensation d'un poignard qui lui labourerait le ventre, et elles ne tardent pas à s'irradier bientôt à tout le ventre et en même temps apparaît un grand frisson avec élévation de température qui monte d'un coup à 40°. Le pouls s'accélère et notre malade commence à vomir. Ces vomissements abondants et répétés deviennent rapidement porracés et ne cessent pas de la nuit. D'urgence elle est transportée à l'hôpital, salle Elisa-Roy.

Température: 40°. Pouls: 140.

La malade est en proie à une douleur violente occasionnée par les vomissements incessants. L'examen du ventre le montre très ballonné et sensible sur toute sa surface. La moindre pression, le contact même des couvertures exaspèrent sa douleur. Elle raconte nettement comment ces douleurs ont débuté dans la fosse iliaque droite et comment ensuite elles se sont irradiées dans le petit bassin. Elle se plaint aussi de douleurs pendant les efforts de défécation et de miction dont elle compare les douleurs à des crampes. L'examen au bromure d'éthyle révèle que l'utérus est presque normal, peut-être un peu augmenté de volume, très mobile, sans modification de consistance du col ou du corps.

Les culs-de-sac latéraux sont libres, on ne trouve aucune trace de tumeur annexielle.

On pose donc immédiatement le diagnostic d'appendicite ai-

guë avec péritonite généralisée. Continuant l'anesthésie au chloroforme, on emmène la malade dans la salle d'opération.

L'incision de Roux est pratiquée, basse, curviligne, longeant la crête iliaque. Le péritoine incisé, un pus mal lié, peu épais, s'écoule à flot. On agrandit un peu cette incision et l'on distingue alors nettement les anses intestinales dilatées et rouges baignant dans le pus, qui est absolument libre, pas de cloisonnement, pas d'adhérences ne le contiennent. Nous sommes donc bien en face d'une péritonite généralisée et nous recherchons immédiatement le corps du délit que l'on s'attend à trouver sphacelé et gangrené. Cependant, il n'en n'est rien. On ramène au dehors de la plaie un appendice qui semble, à première vue, parfaitement sain, mais qu'on résèque quand même pour pouvoir l'examiner. Macroscopiquement, cet appendice n'ayant pas de traces d'inflammation et ses lésions ne nous suffisant pas à expliquer une pareille péritonite, nous agrandissons encore par en bas l'incision et nous allons à la recherche de la trompe droite qui nous est facilement accessible. Elle est attirée dans la plaie et on peut l'examiner à son aise. On est alors frappé par cet aspect caractéristique de la trompe en « fleur de marguerite ».

Pas d'adhérences, la trompe est turgescente, rouge, son pavillon est largement ouvert et juste au milieu une grosse goutte de pus jaune vient compléter la ressemblance. En appuyant sur cette trompe, le pus gicle sur les compresses protectrices. On aspire immédiatement dans l'orifice même de la trompe un peu de pus avec une pipette stérilisée.

Cette trompe est alors absolument extériorisée par une grande compresse qui l'entoure et la sépare de la masse intestinale, on assèche le liquide purulent qui inondait le ventre et l'on fait le drainage selon la technique de Poirier, c'est-à-dire :

Un drain devant les anses intestinales;

Un autre dans le cul-de-sac de Douglas;

Un troisième sur la face supérieure du mésentère;

Un quatrième dans le foyer;

Un cinquième dans la région sous-hépatique.

On ne suture pas la plaie. Les compresses maintiennent les drains en place et un large pansement est appliqué.

Les suites opératoires furent simples. La malade est soumise aux injections de sérum à haute dose, 1.500 grammes par jour. Le pouls et la température reprennent leur état normal, on enlève les drains un à un et les pansements compressifs font refermer la plaie. Il ne reste plus qu'un trajet fistuleux qui ne se tarit pas. La malade s'en va de l'hôpital avec sa fistule et revient aux pansements tous les quatre ou cinq jours. Elle revient ainsi depuis le mois d'octobre 1909 jusqu'au 19 mars 1910, date à laquelle elle rentre pour la seconde fois dans le service.

Pendant cette période, elle avait eu des règles fort douloureuses. Elles étaient beaucoup plus abondantes qu'avant l'intervention et le sang était noir et visqueux.

Elle était en observation salle Elisa Roy depuis 8 jours, avec une température à 37° et un pouls à 80, lorsque, subitement, le 28 mars, elle est prise de coliques violentes s'accompagnant d'un grand frisson. La température monte à 39° 5 le pouls s'accélère et en même temps apparaissent des vomissements porracés qui se répètent toute la journée, à intervalles très courts. Le visage a les traits tirés, la langue se dessèche, le ventre se ballonne et la dyspnée commence à apparaître. On place immédiatement de la glace sur le ventre, on fait des injections de sérum, huile camphrée, caféïne. Pendant les trois jours suivants, la température oscille entre 38° 5 et 39° 5, mais l'état général devient de plus en plus mauvais, la dyspnée s'accélère, les ailes du nez battent. Le 1^{er} avril au matin, la température monte à 40°; les vomissements redoublent, tous les

phénomènes s'accroissent et le soir la température monte à 40° 4 avec un pouls à 140. Le 2 avril on se décide à intervenir.

On repasse par la première incision et l'on tombe sur une énorme poche purulente en communication directe avec le pavillon de la trompe droite.

On draine. Le lendemain, la température descend à 38 et s'y maintient pendant deux jours, puis la défervescence se produit graduellement. Les pansements sont renouvelés, la plaie se ferme, mais il reste encore un trajet fistuleux qui donne toujours avec abondance, aujourd'hui encore, c'est-à-dire deux mois après la seconde intervention.

La malade est encore à l'hôpital et dans quelques jours nous serons obligés de lui faire une troisième intervention. Ce sera, cette fois, l'hystérectomie abdominale subtotale qui la guérira pour toujours de ces accidents péritonéaux graves à rechute.

Observation VIII

Personnelle due à l'obligeance de M. le Dr PICQUÉ.

V... Renée, 19 ans, entrée à l'hôpital le 13 septembre 1909, salle Elisa-Roy, Lariboisière.

Rien de particulier dans son histoire génitale.

La veille de son entrée à l'hôpital elle est prise subitement de douleurs extrêmement violentes dans tout le ventre. Les vomissements se montrent presque en même temps qu'un léger frisson avec élévation de température. La malade arrive à l'hôpital dans cet état. Température 38,3, pouls 160; filiforme presque incompressible. On institue immédiatement un traitement médical après avoir reconnu par le toucher qu'il n'existe aucune tumeur dans le petit bassin ni dans l'abdomen. Pendant les deux jours qui suivent, il n'y a pas de rémission, au con-

traire, les phénomènes s'aggravent, la douleur, les vomissements s'accroissent, le pouls est absolument mou et presque incomptable, les traits se tirent davantage. Le 15 au matin, la malade présente un état d'agitation avec une dyspnée intense, les ailes du nez battent de plus en plus, le pouls est à 180, les urines sont émises en très petite quantité et contiennent de l'albumine.

La malade est presque dans le coma quand on intervient et l'anesthésie est presque inutile. On fait une laparotomie médiane. On découvre des anses intestinales poisseuses, engluées de pus dans presque tout le ventre. Dans le pelvis, on constate que les annexes sont rouges, œdémateuses, turgescents, très vascularisées et sans aucune adhérence. Le pavillon est largement déplié. A la pression de ces trompes, on fait gicler une sorte de fusée de pus vert et séreux par l'orifice abdominal.

L'utérus est absolument normal, facilement mobilisable, sans aucune adhérence.

On fait alors une hystérectomie subtotale suivie d'un drainage ordinaire.

Pendant la nuit qui suit l'opération, la malade a des phénomènes délirants, elle se lève et défait son pansement. Le lendemain on la trouve dans un état d'agitation extrême, la langue est absolument rôtie, les urines n'ont pas été émises depuis l'opération. Le catéthérisme de la vessie ne ramène que quelques gouttes d'urine boueuse. Le soir, la malade tombe dans le coma et elle succombe sans avoir repris connaissance trois jours après l'intervention.

Au moment de sa mort, en défaisant le pansement, on n'avait rien constaté d'anormal au point de vue péritonéal, pas de ballonnement du ventre, pas de douleurs abdominales. La malade semble avoir succombé à des phénomènes de septicémie gonococcique et la mort semble relever de l'anurie comme en

témoignent les phénomènes urémiques qui ont précédé la terminaison fatale.

L'autopsie ne put être faite par suite de l'opposition de la famille.

La pièce examinée au laboratoire au point de vue bactériologique a donné les résultats suivants: leucocytose polynucléaire, diplocoques petits, bien colorés, surtout extra leucocytaires, en forme de grains de café, toutes les réactions du gonocoque. Aucune association microbienne.

Observation IX

Personnelle due à l'obligeance de M. le Dr PICQUÉ.

B... Camille, 23 ans, entrée le 10 avril 1910. Antécédents héréditaires bacillaires. Rien de particulier jusqu'aux accidents qui l'amènent à l'hôpital, dans sa vie génitale qui commence à 15 ans.

Elle a été prise, l'avant-veille de son arrivée salle Elisa-Roy, à Lariboisière, de violentes coliques dans tout le ventre sans qu'elle puisse dire le point de départ de cette douleur. Toute la nuit elle s'est tordue sur son lit, ne sachant quelle position prendre pour atténuer un peu ses souffrances. Les vomissements alimentaires qui se sont montrés en même temps que les coliques font place bientôt à des vomissements bilieux, puis porracés puis noirâtres. Ils sont très abondants et exagèrent chaque fois ses douleurs, si bien que la malade crie sans s'arrêter.

Le 10 avril, elle entre à l'hôpital où on l'examine sur le champ. On constate d'abord un état général très alarmant. Température 38° 5, pouls 120, peu frappé, faciès grippé, les yeux creux, les traits accentués, la respiration haletante, la

langue sèche et bruné. L'examen local ne montre rien d'anormal.

On se décide à intervenir immédiatement, mais on s'aperçoit que des difficultés matérielles vont surgir du fait que c'est un dimanche et l'on remet l'opération au lendemain. En attendant, on place de la glace sur le ventre et l'on fait du sérum et de l'huile camphrée. Le lendemain l'état général de la malade n'est pas plus mauvais, il est plutôt stationnaire et la température baisse un peu. On reste dans l'expectative pour intervenir à un moment propice. Le 14 avril, M. Picqué intervient. A l'ouverture du ventre, on est frappé du peu de lésions apparentes. Pas une adhérence, des trompes seulement un peu congestionnées. Les anses intestinales sont dilatées et le siège d'un pîcté particulier. Il y a une petite quantité de pus libre dans le petit bassin. En soulevant l'utérus pour nettoyer et assécher le cul-de-sac de Douglas, M. Picqué fait gicler par l'orifice du pavillon de la trompe gauche un jet de pus qui tombe sur les anses intestinales, protégées par des champs opératoires. La trompe droite semble saine, mais n'est pas exprimée. L'opérateur fait alors l'ablation de cette trompe gauche et laisse à cette jeune malade l'utérus et l'annexe droite. Drainage par tube et Mickulicz. Suture en un plan par des fils de bronze.

Le pus recueilli dans une pipette stérilisée est porté au laboratoire où un examen extemporané sur lamelle permet de reconnaître immédiatement une quantité énorme de gonocoque sans autre association microbienne.

Les deux jours suivants, la température et le poulx redeviennent normaux, tout semble rentrer dans l'ordre. Le troisième jour on enlève le Mickulicz et on refait le pansement comme de coutume. Le soir même la malade est reprise brusquement d'accidents péritonéaux. La douleur dans le ventre est violente, le poulx devient filiforme, le ventre ballonné, les vomisse-

ments et la dyspnée intense complètent la scène. Le lendemain matin, la malade meurt.

Il nous est malheureusement impossible de faire l'autopsie, la famille s'y étant opposée.

L'explication que nous donnons de cet insuccès se trouvera développée au chapitre suivant : « Traitement ».

TRAITEMENT

En obligeant le lecteur à lire nos observations avant d'aborder le chapitre « Traitement », nous avons voulu lui ouvrir les yeux sur la gravité des cas qui nous ont été confiés. Certes, le lecteur pourra s'étonner que chez des malades encore jeunes nous ayons pu, de propos délibéré, faire le sacrifice des organes génitaux et dans tous les cas faire ablation de l'utérus et des annexes. Proposer l'hystérectomie pour ces cas de péritonite semble peut-être une exagération et il y a lieu de se demander si ce n'est pas là une opération par trop mutilante. Sans doute c'est un reproche qui vient immédiatement à l'esprit de se demander si une opération moins radicale n'eût pas été suffisante pour guérir ces différentes malades. Guérir est évidemment bien, mais guérir au dépens de sacrifices si grands est peut-être moins louable. Cette objection qui se pose immédiatement à l'esprit a été pour nous aussi, l'objet de longues réflexions. Nous nous sommes deman-

dés si ces malades auxquelles nous avions fait l'hystérectomie d'une façon spontanée n'auraient pas pu guérir par un simple drainage. Bien plus, nous nous sommes demandés si un simple traitement médical : repos, glace, sérum, n'eut pas été suffisant pour enrayer la marche si rapide des accidents et faire disparaître en quelques jours toutes les alarmes. C'est là le problème que nous nous sommes posés et que nous nous proposons de résoudre au cours de ce chapitre ; problème dont l'importance, on le voit est grande, au point de vue de la vie sociale ultérieure des malades.

Tout d'abord, la première question à résoudre est la suivante. « Faut-il intervenir ? »

Le traitement médical qui nous est venu un moment à l'esprit et que nous avons sans doute vu employer avec bon résultat au cours des crises de salpingites aiguës, dont les symptômes très alarmants semblaient commander une opération, ce traitement médical semble ici condamné par la clinique et l'anatomie-pathologique même de cette affection. Nous n'hésiterons pas à rappeler au cours de cet exposé ce que nous avons dit déjà à propos du diagnostic, c'est qu'il ne s'agit pas d'une lésion locale, mais bien d'une véritable septicémie péritonéale comme en témoigne la fièvre, le frisson, l'état saburral de ces malades, l'altération profonde du facies, et les lésions sur la nature desquelles nous aurons à revenir, se manifestant en clinique par tous les phénomènes d'une urémie rapide (observation

n° 8). En outre, l'anatomie pathologique vient justifier notre conduite et apporter une solution au problème que nous avons posé et une réponse immédiate à la question « Faut-il intervenir? » Nous rappellerons ici que le péritoine est sain et que c'est brusquement qu'il est surpris, pour ainsi dire en pleine santé, sans s'être préparé à la lutte, sans avoir appelé à lui ses moyens de défense. Il est surpris par une invasion brutale et brusque de pus gonococcique qui se répand à son aise dans ses différents plis et qui a déjà envahi toute la séreuse avant même que la moindre protection (adhérence) ne puisse être installée. C'est donc l'évolution d'une péritonite généralisée et rapidement généralisée qui sera la marche fatale des formes que nous avons décrite puisque c'est par une véritable aspersion que le pus va librement et d'une manière incessante s'écouler dans la séreuse péritonéale. D'autre part, celle-ci surprise ne pourra réagir suffisamment vite pour enkyster au moyen d'adhérences ces collections dont l'évolution aurait pu, dans un péritoine déjà préparé, être l'origine de poches circonscrites et par conséquent de péritonites enkystées à foyers plus ou moins multiples comme on les observe au cours des salpingites. Ici il s'agit, pour ainsi dire, d'une véritable péritonite comparable aux péritonites par perforation (la trompe largement ouverte déversant continuellement le pus dans le péritoine) c'est-à-dire celles pour lesquelles il faut intervenir d'emblée et rapidement,

sachant bien que les chances de guérison seront d'autant plus grandes que l'intervention aura été pratiquée d'une façon plus précoce. Si nous voulons employer une comparaison, nous dirons que ces formes sont en tout comparables aux formes d'appendicites aiguës qui s'accompagnent de perforation de l'appendice et pour lesquelles seuls les chirurgiens timides n'interviennent pas, croyant que la nature elle seule peut faire les frais d'une infection aussi profondément et brusquement généralisée mais qui se trouvent bien souvent déçus dans leurs espérances, par l'évolution même de la maladie qui se transforme vite en septicémie généralisée auxquelles les malades succombent bientôt; alors que des chirurgiens plus hardis préfèrent laisser agir moins aveuglément la nature et l'aider à se débarrasser de tous ces produits infectieux et toxiques par la laparotomie et le drainage rationnel du péritoine. Les formes de salpingites d'avec lesquelles nous avons distingué les cas qui nous intéressent seront tout à fait comparables aux appendicites avec péritonite circonscrite. Dans ces cas en effet, la trompe est bouchée et c'est le péritoine péritubaire qui réagit par propagation, inflammation qui se manifeste par des abcès enkystés bien limités. Ici c'est la salpingite qui domine, la péritonite n'est qu'accessoire et c'est à ces formes que sera réservé le traitement médical: glace, sérum, etc... Ce sont elles, bien différentes encore de celles que nous avons décrites qui seront

susceptible de refroidir et de n'être traitées qu'après une période de repos et de préparation plus ou moins longue.

Que nous dit maintenant l'histoire de cette affection? Dans les quelques observations que nous avons pu recueillir, nous avons vu une malade de M. Thiroloix pour laquelle le traitement médical a été appliqué, mourir de septicémie en 26 heures, de même une enfant atteinte de vulvo-vaginite gonococcique meurt en quelques heures sans que l'intervention ait été pratiquée ni même posée. Au contraire, dans toutes nos observations où l'opération a été pratiquée nous avons obtenu la guérison, sauf dans un cas où la malade est morte de septicémie gonococcique (anurie, albuminurie), et dans ce cas là, nous considérons que l'opération pratiquée trois jours après l'apparition des premiers phénomènes était encore trop tardive. Enfin, de toutes les raisons qui ont pu entraîner notre conviction sur la nécessité d'une intervention immédiate, la plus forte et la plus solide est celle qui nous est fournie par l'observation de Mlle Soudrain, à savoir l'apparition d'une péritonite généralisée, évolution terminale d'une forme par nous décrite et qui se termina heureusement grâce à un drainage péritonéal.

Evolution vers la péritonite généralisée comme semblait le faire prévoir l'anatomo-pathologie et comme l'a réalisé la clinique au cours de notre observation Soudrain, mort en pleine septicémie et en quelques

heures comme dans les deux observations (1 et 2), que nous avons rapporté, guérison au contraire par l'opération, ce sont là, il nous semble des arguments suffisamment intéressants, suffisamment solides pour entraîner toutes les convictions et il n'en faut pas davantage pour nous ranger parmi les partisans les plus solides de l'intervention, envers et contre tous.

La deuxième question à laquelle nous voulons répondre et qui peut être pour le lecteur d'un intérêt primordial c'est l'époque où l'on doit intervenir. Cette question nous semble déjà résolue en grande partie par les différentes propositions énoncées ci-dessus. Ici nous l'avons déjà dit et nous tenons à le répéter, *la question du refroidissement ne se pose pas*, par conséquent c'est en pleine crise qu'il faut intervenir.

Laparotomiser une malade aussitôt qu'elle vient d'avoir eu un frisson, alors que sa température est à 39° et même 40°, alors que son pouls bat 130 ou 140 semble en l'état actuel de la science une véritable hérésie. Or nous considérons que le seul moyen de guérir ces malades, c'est de ne pas différer, pas même de remettre l'opération au lendemain. Il faut intervenir immédiatement et cela pour les raisons suivantes : nous sommes persuadés que dans le seul cas où nous avons subi un échec, l'infection avait déjà dépassé le péritoine et qu'il ne s'agissait plus seulement d'accidents péritonéaux d'origine gonococciques, mais bien d'une septicémie suraiguë qui a entraîné la mort de

notre malade, à l'exemple des faits nombreux que rapporte Faure-Beaulieu (1) dans sa très intéressante thèse. Cette malade en effet était entrée à l'hôpital dans un état assez alarmant. Le diagnostic n'ayant pas été posé d'emblée et n'ayant pas reconnu que nous avions affaire à la forme que nous rapportons ici, pendant deux jours un traitement médical fut institué sans que le moindre résultat fut obtenu. Devant la persistance et l'aggravation même des phénomènes généraux, fièvre 39° pouls 160, nous sommes intervenus. Mais, disons le tout de suite, cette intervention n'a été justifiée que par la grande confiance que nous avions dans l'opération et surtout devant l'évolution rapide qui semblait devoir entraîner la mort de la malade dans les heures suivantes. Au moment de l'opération en effet on assistait déjà à l'agitation qui précède l'issue fatale chez les malades atteintes de péritonite aiguë. La dyspnée, le battement des ailes du nez que tous nous considérons comme un symptôme prémonitoire de la mort étaient accentués. Les urines déjà albumineuses étaient émises en très petite quantité. Ainsi donc voici une observation qui semblait devoir constituer un élément important en faveur de la non-intervention et qui, par une étude plus minutieuse vient au contraire à l'appui de notre hypothèse. L'opération doit être toujours pratiquée mais avec cette

1) Faure-Beaulieu. Thèse de Paris 1906.

restriction qu'elle ne peut donner de bons résultats que si elle a été décidée dès les premiers jours et surtout si elle n'a pas été retardée par des considérations extrinsèques et acceptée avec arrière-pensée par l'entourage. Il faut, pour obtenir la guérison de ces malades que le chirurgien soit appelé à la première heure et surtout pour qu'il puisse être utile qu'il ait la liberté d'action absolue et le choix de son heure. Retarder c'est nuire au malade, différer c'est lui enlever des chances de guérison, attendre c'est l'exposer à une mort plus ou moins rapide.

« Que convient-il de faire? » C'est là la troisième question à laquelle nous devons répondre et qui, certainement est la plus délicate et la plus troublante. Au début de cet exposé, nous avons déjà fait pressentir les scrupules que nous avons eu à pratiquer chez ces jeunes malades, une opération mutilante consistant dans l'hystérectomie. Certes, c'était peut-être une façon empirique et instruits des faits passés que toujours nous avons de parti-pris, fait l'hystérectomie avec ablation des annexes mais toujours, malgré les succès obtenus, nous nous demandions au moment où nous voyions les malades sortir de l'hôpital si cette guérison n'avait pas été obtenue au prix de trop grands sacrifices et si, en réalité nous n'aurions pas pu avoir un aussi bon résultat par le simple drainage péritonéal. En effet, enlever à une femme jeune tous les attributs de la vie génitale c'était la guérir

en l'amoindrissant. Aussi jusqu'au jour où nous avons eu l'occasion d'observer la malade qui a fait l'objet de notre observation n° 7, étions-nous indécis et peu affirmatifs sur ce qu'il fallait faire et surtout sur le minimum de ce qu'on devait faire.

L'hystérectomie était alors pour nous une véritable hantise et nous étions enfermés dans un dilemme chaque fois que les mêmes faits se représentaient devant nous. Guérir les malades par l'hystérectomie ou bien les exposer à des suites éloignées incertaines par le simple drainage. Aujourd'hui le nuage s'est dissipé et depuis l'observation Soudrain, le jour s'est fait dans notre esprit. L'hystérectomie est pour nous maintenant le seul moyen et la seule opération à pratiquer pour obtenir une guérison définitive et nous en voulons pour preuve l'observation suivante qui montrera que le drainage sans l'hystérectomie est insuffisant. La malade Soudrain pour laquelle nous nous étions contentés de faire un drainage sans ablation de l'utérus ni des annexes guérit mais incomplètement. Nous avons déjà dit qu'elle avait conservé une petite fistule. Et cette fistule, au lieu de se tarir dans les semaines suivantes, ne fit qu'augmenter son débit de jour en jour. Désolée, la malade revint à l'hôpital et sous nos yeux, peu de temps après son entrée, refit de nouveaux accidents péritonéaux, en tout semblables aux premiers. Accidents s'étant manifestés par un tableau clinique comparable exactement au tableau décrit

pour ces formes. Aussi fut-elle immédiatement traitée en raison des symptômes qu'elle présentait. L'opération consista alors à repasser par la première incision, car en effet, il semblait cette fois que le péritoine averti, préparé, par une première invasion avait limité tout autour du foyer (la trompe n'étant pas enlevée) une poche purulente dont la propagation avait amené les phénomènes péritonéaux que nous avons décrit.

L'opération consista donc à retrouver le trajet fistuleux qui conduisait immédiatement sur le pavillon de la trompe et s'évacuer par là une quantité énorme de pus qui s'écoula à l'extérieur, en dehors de la grande cavité péritonéale ainsi séparée du foyer par des adhérences. Les suites opératoires furent simples. La malade guérit dans les meilleures conditions. Aujourd'hui la fistule persiste toujours et nous nous voyons dans l'obligation de lui faire l'hystérectomie pour la guérir définitivement, opération à laquelle nous aurions dû avoir recours dès le premier jour (1). En somme, il s'est passé ici ce qu'il est classique d'observer au cours des appendicites. On peut ouvrir toutes les collections possibles, traiter par le drainage les péritonites généralisées d'origine appendiculaires, guérir quel-

(1) Pendant la mise sous presse de ce travail, l'intervention a été pratiquée. Laparotomie médiane. On tombe sur un énorme double pyosalpynose, très adhérent. Les trompes sont gorgées de pus qui examiné immédiatement, montre une grande quantité de gonocoques.

Hystérectomie subtotale drainage ordinaire, Suites opératoires normales.

quefois sans ablation de l'appendice on peut ouvrir des péritonites circonscrites, des abcès rétrococcaux appendiculaires, on ne peut considérer son malade comme guéri que le jour où la cure radicale de l'appendice a été faite. Tant que l'appendice n'est pas enlevé, le malade est sujet à de nouveaux accidents, tant que les annexes qui ont été la cause occasionnelle des accidents péritonéaux décrits restent dans le petit bassin, les malades sont exposés à de nouveaux accidents, qu'ils se produisent immédiatement ou à une époque plus éloignée. Donc nos malades ne seront définitivement guéris que le jour où l'hystérectomie aura été faite. Mais nous dira-t-on, il suffit de supprimer la voie qu'a empruntée le pus pour envahir le péritoine et dès lors vous aurez obtenu la guérison sans mutilation. A cela nous répondrons que l'anatomopathologie nous a toujours montré que les lésions dans ces cas étaient *bilatérales*, trompe droite, trompe gauche déversant du pus également. Au cours de toutes nos interventions, nous avons pu nous rendre compte et justifier ces affirmations. A l'appui de cette conclusion nous apportons une observation intéressante à plus d'un point.

« Il s'agit d'une jeune femme entrée salle Elisa Roy à l'hôpital Lariboisière avec des phénomènes péritonéaux qui furent bientôt rapportés à leurs véritables causes. Il s'agissait d'une des formes signalées ci-dessus. L'opération fut décidée mais en raison même des

impossibilités matérielles ne fut pas pratiquée séance tenante. Les jours suivants comme l'état général ne paraissait pas plus mauvais, l'opération fut différée au grand dommage de la malade; elle ne fut pratiquée que quatre jours après. A l'ouverture du ventre, ce qui frappe c'est qu'il y a peu de lésions apparentes. Néanmoins le contraste est frappant entre l'état des trompes qui sont rouges et l'état local qui ne présente nulle part d'adhérences. Les anses sont dilatées et le siège d'un pîcté congestif très marqué. Le petit bassin contient du liquide purulent libre mais en petite quantité. En présence de ces lésions, M. Picqué qui opère la malade, pense lui aussi qu'il va trop faire en pratiquant l'hystérectomie et croit qu'il y a eu erreur de diagnostic, aussi va-t-il se contenter d'absterger le liquide purulent, de drainer et de refermer. Telle est la conduite qu'il se trace spontanément mais, au moment où il relève l'utérus pour essuyer le liquide, il constate que l'isthme tubaire présente comme une nodosité en un point. Il fait pression sur ce petit noyau et voit gicler par l'orifice du pavillon de la trompe un jet de pus projeté à distance sur les anses intestinales protégées par des champs opératoires. Son diagnostic à nouveau confirmé par cette manœuvre, l'opérateur fait l'ablation de la trompe laissant à cette jeune femme l'utérus et une annexe. Le ventre est refermé, un drainage est placé dans le Douglas et réalisé au moyen d'un tube et d'un Mickulicz.

En somme, voilà une autre observation où l'on a tenté de faire la conservation. Quelles furent les suites? Les deux jours qui suivirent l'opération la malade semblait devoir guérir comme tous nos autres cas et le 3^e jour le Mickulicz est retiré comme à l'ordinaire, le pansement achevé. Tout semblait devoir évoluer naturellement lorsque dans la soirée cette malade est prise d'accidents péritonéaux, douleurs violentes, vomissements, poulx filiforme, dyspnée et succombe le lendemain matin. Par suite de l'opposition de la famille nous n'avons malheureusement pas pu faire l'autopsie. La série des accidents semble d'ailleurs être assez facile à reconstituer. En effet sous l'influence du Mickulicz le pus contenu dans la trompe qu'on avait laissée était recueilli au fur et à mesure de son écoulement par la compresse qui isolait la cavité péritonéale de la cavité pelvienne et derrière laquelle se constituait des adhérences et les phénomènes de péritonite s'étaient amendés. Mais en déplaçant le Mickulicz, le pus continua à s'écouler, on réalisa pour ainsi dire, en détachant la compresse, la manœuvre d'expression de la trompe et le pus s'écoula directement sur les anses intestinales. C'est à ce moment même qu'apparurent les phénomènes péritonéaux qui devaient entraîner la mort. Il n'y a pas lieu de s'étonner de la rapidité aussi grande de l'évolution puisque nous avons vu dans l'observation de M. Thiroloix la mort survenir 26 heures après le début des accidents.

Ainsi le problème que nous nous étions posé dès le début de ce chapitre semble maintenant résolu. Nous avons répondu aux quatre questions primordiales, savoir : qu'il fallait intervenir, immédiatement et que la seule opération utile et nécessaire était l'hystérectomie ; le drainage ne pouvant être considéré que comme un pis-aller ou une opération incomplète. Ce dernier en effet, non seulement ne peut amener la guérison définitive mais encore il expose les malades chez qui il est pratiqué à des accidents graves, quelquefois même mortels à plus ou moins brève échéance. Quand les malades guérissent par simple drainage c'est encore à l'hystérectomie qu'il faut avoir recours soit pour les guérir définitivement soit pour les préserver à tout jamais des accidents auxquels elles peuvent être exposées du fait de leur première atteinte.

Pour nous résumer disons, qu'en présence d'accidents péritonéaux aigus d'origine gonococcique lorsque le diagnostic sera posé, la seule conduite à tenir sera de faire la laparotomie médiane pour réaliser l'ablation de l'utérus et des annexes. L'hystérectomie abdominale est la seule opération qui guérira les malades d'une façon définitive. Disons que c'est le seul traitement rationnel et que c'est là non seulement une opération utile mais qu'elle est nécessaire. Nous n'insisterons pas sur les procédés opératoires de l'hystérectomie abdominale. Disons seulement que nous avons toujours obtenu de bons résultats avec la subtotale

sans vouloir discuter ici la question de l'hystérectomie totale ou subtotale. Quelle que soit celle qui ait fait l'objet de notre choix nous insisterons sur ce fait qu'elle doit se compléter *toujours* par un drainage abdominal ou encore abdomino-vaginal suivant qu'on aura fait l'hystérectomie totale ou subtotale.

CONCLUSIONS

1° Il existe des formes de péritonites aiguës consécutives à l'invasion péritonéale par le gonocoque et survenant chez des femmes jeunes, en dehors de tout passé pelvien.

2° Ces péritonites sont des péritonites d'origine mécanique: le pus empruntant la voie ascendante pour se faire jour dans le péritoine.

3° C'est à la faveur de l'intégrité de la trompe qui conserve son calibre normal, que les orifices tubo-utérins et tubo-ovariens restent largement ouverts et que le pus déverse continuellement et librement ses produits septiques dans l'intérieur du ventre.

4° Ces péritonites évoluent rapidement vers la généralisation à la manière des péritonites par perfora-

tion (irruption d'une quantité importante de pus dans un péritoine sain).

5° Anatomo-pathologiquement ces péritonites se caractérisent par l'inflammation des anses, leur dilatation et le peu de tendances à s'agglutiner entre elles et par l'absence d'adhérences.

6° Cliniquement ces formes se différencient par leurs caractères symptomatologiques, étiologiques et anatomo-pathologiques suffisamment pour qu'on puisse en constituer une véritable entité morbide et leur assigner une place dans la nosographie médicale.

7° Le diagnostic de ces formes est particulièrement difficile à faire avec l'hématocèle retro-utérine par rupture de grossesse tubaire et avec l'appendicite pelvienne.

8° Ces accidents péritonéaux évoluent rapidement vers la mort si l'on n'intervient pas.

9° Le seul traitement à opposer à ces accidents est un traitement chirurgical: l'intervention doit être immédiate et les chances de guérison seront d'autant plus grandes que l'intervention sera plus précoce.

10° Cette intervention consistera à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale avec l'ablation des annexes. Cette opération est non seulement justifiée mais nous la considérons comme la seule nécessaire et indispensable.

11° Le drainage appliqué sans l'hystérectomie est toujours un procédé insuffisant et dans les cas où il

peut amener la guérison immédiate, il est suivi souvent de retours offensifs et surtout ne met pas la malade à l'abri des accidents ultérieurs et des récurrences fréquentes après la première atteinte.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu : Le Président de Thèse,

Paul SEGOND.

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris, :

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Traité de Chirurgie. — Duplay et Reclus (Segond).
- Traité de Chirurgie. — Le Dentu, Delbet, Mauclair.
- Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie. — Art. péritonite.
Art. blennorrhagie.
- Dictionnaire des Sciences Médicales. — Art. péritonite.
- BAJINSKI. — Société de Médecine de Berlin, 1896.
- BELLEI. — Ricerche batteriologiche che nelle salpinghi sane e malate.
- BÉGOUIN. — Salpingo ovarite double à évolution silencieuse, brusque poussée de péritonite simulant un hématoçèle. Revue Mensuelle de Gynocol. Obst. et pédiatrie de Bordeaux, 1901, III, p. 32-33).
- BERUNTZ et GOUPIL. — Cliniques médicales sur les maladies des femmes, 1862.
- BEZANÇON et GRIFFON. — Culture du gonocoque sur sang gélosé, (Société de Biologie, 30 juin 1900).
- BIDWELL. — Gonorrhéal salpingitis in a child aged six, removal, of tubes (Brit. s. Child. Dis. London 1904, 435-437).
- BOISLEUX. — Beitrage zur bacteriologischen untersuchung von Bechenalien und Tuben und ova Krangungen (Be-

richt-über die Verh. der Gesells. f. geb. n. Gynécol. 1890).

BOLDT. — Sur deux cas de péritonite gonococcique ressemblant à des grossesses tubaires. (Américan-Journal obst. and gynécol. New-York, 1902).

BOLDT. — Gonorrhéal pyosalpinx ressemblug tubal prégnanay. (Am. J. obst. New-York 1902, XLV, 570-580).

BOLDT. — Gonorrhéal pyosalpinx. (Am. J. obst. N.-Y. 1902, XLV, 580-581).

BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de Médecine. Péritonite (Courtois-Suffit).

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de Médecine. Péritonite. (Aviragnet).

BUMM. — Privat docent à l'Université de Würstbourg : 1° Sur l'étiologie des péritonites infectieuses (Münch. med. Woch. 1889, page 62; 1890, page 10). Annales de gynécologie, janvier 1890. 2° Communication au 4° congrès de la Société allemande de gynécologie. 3° De l'importance de l'infection gonorrhéique dans l'étiologie des affections génitales de la femme (Nouvelles archives de gynécologie, juin 1891).

CHARRIER. — Péritonite blennorrhagique (thèse de Paris 1892).

CHRISTMAS (DE). — Contribution à l'étude du gonocoque et de sa toxine (Ann. Inst. Pasteur, 97).

COURTY. — Maladie des femmes (Asselin).

CUKOR. — Suppuration des trompes due au gonocoque. (Buda-Pesth, ow. uj jaoj, 1904, 553-557).

CUSHING. — Deux cas de péritonite gonococcique diffuse. (Bull. of. the John Hopkins hosp., vol. 10, n. 98).

DOLÉRIS. — Pratique gynécologique (Paris 1896).

FRAENKEL. — Zur étiologie des péritonites (Münch. Woch. 1890, 10-11).

FREUND. — Volkm, Samal. Kl. Vorh. 1889, n. 323.

- FOURNIER. — Causes et lésions des salpingo-ovarites (Nord Méd. Lille, 1903, ix 42-45, 53, 58).
- GRAWITZ. — Travail de statistique et d'expérimentation sur les péritonites. Annales de la Charité, 1880, V. XI.
- GROSS et KRAUSS. — Arch. f. Dermat. und syph. Bd. XIX.
- GORDON. — Péritonite chez la femme, ses causes, ses effets, son traitement (Am. of. obstétric, août 1890).
- GYLL-WYLIE. — (Am. of. obstétrics, mars 1890).
- HARRIS et JOHNSON. — John Hopkins hospital. Bulletin, 1902, septembre.
- HEMSHNEIDER. — Siège de l'infection blennorrhagique chez la femme (Berliner Klinische Wochenschrift, 1887, n. 17)
- KRAUSS. — Berliner Klinische Wochenschrift. 1904, p. 492-494.
- LABADIE-LAGRAVE-LEGUEUX. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1901.
- LANDAU. — Société Médecine interne de Berlin, 1896.
- LARUELLE. — Etude bactériologique sur les péritonites (La Cellule, de Louvain, tome V, 1^{er} fascicule).
- LEMIÈRE et FAURE-BEAULIEU. — Septicémie gonococcique (Gaz. des hôpitaux, 1906, pages 331-367).
- LERVIN. — Discussion sur la péritonite blennorrhagique diffuse (Société Médecine interne de Berlin, 1896).
- LONGYEAR. — The relation of gonorrhea to disease of the uterine appendages. Fr. Mich. M. Soc. Détroit. 1891, XV, 249-267.
- MARTINEAU. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1880.
- MENGE. — Sur la maladie gonorrhéique des trompes (Congrès de Berlin, Zeitsch. f. Geb. v. gynécol. Bd. XXXI 1891, p. 19).
- MOLK. — Pyosalpinx double d'origine gonorrhéique. Gaz. Méd. de Strasbourg, 1905 (XIV, 4).

- NOGGERATH. — Deutsch. Méd. Wochenschr. 1887.
- ORTHMANN. — Berlin, Klin, Woch. n° 14, 1887.
- PAWLOWSKY. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la production de la péritonite aiguë. (Centralblatt. für chirurgie, 1887, n° 48. Archive de Virchow. 1889. V. CXVIII, p. 469).
- PÉRAIRE. — Salpingo-ovarite suppurée. Gonocoque et basille de Koch. (Bulletin Société Anatomique de Paris, 1903. T. XXV iii 842-844).
- PERNICE. — Péritonite expérimentale (Rivista interna di Medicina e chirurgica, 1887).
- PICQUÉ et CHARRIER. — Contribution à l'étude des lésions de l'ovaire et de la trompe (Annales de gynécologie et obstétrique, 1893. XXXIX, 176-548).
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PRÉDOL. — Untersuchungen zur ætiologie des péritonites (Munchen Med. Werm. 1890, XXXVII, p. 22).
- PRICE. — Gonorrhœal, disease of the uterine appendage, 1889.
- PRICE. — Dangers attending opérative intervention in gonorrhœal salpingitis (Report of à Case). (Med. Rec. N.-Y. 1908, T XX iii, 352).
- PROCHA[°]KA. — (Arch. f. pathologische Anatomie. Bd. CLXIV, p. 492-506).
- REICHEL. — Beiträge zur ætiologie und chirurgischen therapie der septischen péritonitis (Deutsch. zeitschnbt. f. Chirurgie, t. XXX, n° 1).
- REQUIN. — Eléments de pathologie médicale, 1846, XI.
- REYMOND. — Thèse de Paris, 1895.
- RIST. — Note sur plusieurs cas de salpingite suppurée examinées bactériologiquement. (Compte-rendu Société de Biologie, 1902. LIV, 305-306).
- SÉE-MARCEL. — Le gonocoque. Thèse de Paris, 1896.
- SAUGER. — (Annales de gynécologie. Pinard, 1890). Affections

blennorrhagiques des trompes. Traduction de Labus-
quière.

SCHMIDT. — Contribution à l'étude de la gonorrhée des trompes
(Arch. f. gyn. 1889).

SCHMITT. — Arch. f. gyn. Bd. XXXV, Hefk I.

SOUPLET. — La blennorrhagie, maladie générale (Thèse de Pa-
ris, 1893).

TERRILLON. — Salpingite et ovarite, 1891.

TIRNO. — Péritonite primitive purulente (Mayrier 1889, 7).

THIROLOIX. — Observation. France médicale, 1889, t. I, n° 139,
p. 1638.

WASSERMANN. — Berlin, Klin. Woch. 1897, n° 32, Zeitschrift. f.
Hygiène, 1898. Bd XXVII, p. 298.

WATERHOUSE. — Expérimentale untersucheing über péritonitis
(Arch. Virchow. 1890. T CXI, fas. 2, p. 342).

WEGNER. — Remarques chirurgicales sur la péritonéale. (Arch.
f. Klinisch. chirurgie, 1877, p. 50 à 145).

WERTHEIM. — De Prague. Du rôle de la blennorrhagie dans les
affections génitales de la femme, 4° congrès: 1° So-
ciété de gynécologie allemande, Mercredi Médical, n°
18, p. 352, 15 juillet 1891; 2° Contribution à l'étude
de la blennorrhagie chez la femme (Wiener, Klinisch.
Wochen. 1896).

WESTERMARK. — Centr. f. gyn. n° 10. 1886.

WIDAL. — Thèse de doctorat, 1889.

WYMM. — Général gonococcal infection. (The Lancet, 1905,
p. 352).

ZWEIFEL. — Compte-rendu du congrès de Berlin sur l'étiologie
des péritonites aiguës.



